



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



Nivel de depresión en usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a noviembre de 2019

Tesis para optar al grado de: MAESTRO EN SALUD PUBLICA

Presentado por:

Dra. Jessamine Yamileth Meléndez Alvarado

Asesor:

Licda. MSP. Reina Araceli Padilla Mendoza

Ciudad Universitaria, noviembre de 2019

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

MSC. JOSEFINA SIBRIAN DE RODRIGUEZ
DECADA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

LICDA. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICDA. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
DRA. MSP. ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ
LICDA. MGH. ROSA HIDALIA GARCIA DE SANCHEZ

RESUMEN

Título: Nivel de depresión en usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a noviembre de 2019.

Propósito: Evaluar el nivel de depresión en usuarios con adicciones para poder enfatizar la importancia de una atención integral para el tratamiento de rehabilitación.

Materiales y métodos: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal realizado a 100 usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a noviembre de 2019.

Resultados: alrededor del 50% de los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones presenta depresión expresando de esta manera que la patología dual es muy común en las personas con diferentes tipos de adicciones.

Conclusiones:

1. Se encontró que casi la mitad de los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones presentan comorbilidad depresiva.
2. De los usuarios con comorbilidad depresiva, el mayor porcentaje presentan niveles de depresión leve y/o moderada, y en menor medida depresión grave y muy grave.
3. En cuanto a los factores sociodemográficos, se encontraron bajos niveles de escolaridad en la mayoría de los usuarios; la educación máxima alcanzada por el porcentaje más grande es la primaria, mientras que un mínimo presenta estudios universitarios y casi el 100% presento dependencia alcohólica.

Recomendaciones: fortalecer la prevención y el tratamiento en etapas tempranas del consumo de drogas ya que los usuarios que desarrollan la dependencia tienen una alta comorbilidad. Fortalecer el tratamiento integral y el diagnostico de comorbilidades en los pacientes con dependencia a drogas.

CONTENIDO

Capítulo.	págs.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO DE REFERENCIA	4
IV. DISEÑO METODOLOGICO	24
V. RESULTADOS	29
VI.DISCUSION	45
VII. CONCLUSIONES	50
VIII. RECOMENDACIONES	51
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52

ANEXOS

ANEXO 1 Escala de Hamilton para la depresión.

ANEXO 2 Ficha sociodemográfica.

ANEXO 3 Ficha sobre tipo de consumo.

ANEXO 4 Test Cage.

ANEXO 5. Consentimiento informado

I. INTRODUCCION

El alcoholismo es definido por la Organización Mundial de la Salud como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada y periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia” es decir el síndrome de abstinencia caracterizado por una serie de signos y síntomas físicos como ansiedad, temblor, taquicardia, taquipnea, fiebre y que puede incluso complicarse con convulsiones o delirium y conductas impulsivas, irritabilidad, enojo y agresividad durante este periodo.

Actualmente se vive en una aceptación peligrosa del consumo de alcohol en cantidades excesivas, como algo esperado socialmente, y no solo esperado sino promovido y estimulado por los diferentes medios de comunicación e incluso la sociedad misma. Este hecho hace que haya un aumento del consumo del alcohol especialmente en los adolescentes y jóvenes. Hay precios bajos y fácil acceso esto hace que conseguir y mantener su consumo sea uno de los más grandes problemas de salud pública y uno de los principales motivos de ingresos hospitalarios y de consultas por comorbilidades.

Según (Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Ministerio de Economía (MINEC) y Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTIC), 2014) se obtienen los siguientes datos: que la población mayor de 18 años era de 4,080,562 de estos 1,345,900 son hombres consumidores y 760,968 mujeres consumidoras, es decir mas de la mitad de la población adulta consume alcohol dando un porcentaje entre los consumidores de alcohol del 73.9% en hombres y 33.7% en mujeres: Presentado un consumo nocivo de alcohol el 73.4%, ya que el 37.5% consume de 3 a 5 bebidas por episodio y el 35.9% consume 6 bebidas o más; el 84.6% de estas personas tienen entre 24 y 35 años (págs. 37, 46).

Es por esta razón que en este trabajo de investigación se estudió la relación que existe entre el consumo de alcohol de los pacientes del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente y conocer los niveles de depresión identificados en dichos usuarios para que de esta manera se pueda contribuir a tener mejores índices de rehabilitación y reinserción a la sociedad, ya que ambas enfermedades merman en gran medida el funcionamiento de la persona a nivel personal, familiar, social, laboral, económico, etc. Por lo que una atención integral de ambas patologías es lo que nos puede dar mayores posibilidades de éxito para las personas que están buscando la rehabilitación de su adicción al alcohol. Si dejamos de lado el tratamiento de la depresión en un alcohólico, las posibilidades de que la persona recaiga y abandone el tratamiento son mucho mayores que si tratamos de manera oportuna y pertinente esta comorbilidad, además que salvamos vidas personales y familiares al colaborar a la rehabilitación de una persona de una adicción siendo el alcoholismo la más frecuente en nuestro país.

No es un problema de pocas proporciones en el país el alcoholismo y las comorbilidades asociadas a este. Al conocer los niveles de depresión, podremos tener mejores abordajes y resultados en los tratamientos tanto del alcoholismo como de la depresión, ambas enfermedades que merman la vida de las personas que lo padecen.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los niveles de depresión de los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a noviembre de 2019??

II. OBJETIVOS

GENERAL.

Determinar el nivel de depresión de los usuarios del centro de prevención y tratamiento de adicciones de San Vicente.

ESPECIFICOS.

1. Identificar el nivel de depresión según la escalada de Hamilton de los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente.
2. Conocer las características sociodemográficas de los usuarios que asisten al Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente.
3. Especificar el patrón de consumo de los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente.

III. MARCO DE REFERENCIA.

3.1. Depresión, Generalidades y Marco Histórico.

Para hablar de depresión los síntomas deben durar al menos 2 semanas, las personas generalmente “experimentan cambios en el apetito, peso, sueño y la actividad, hay falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y puede haber pensamientos de muerte y/o suicidio”. (Kaplan & Sadock, 2009, págs. 527, 528).

La clasificación de los trastornos depresivo mayor según la CIE-10 es la siguiente:

Episodio depresivo leve

Episodio depresivo moderado

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (Organización Mundial de la Salud, 2008, págs. 98-101).

En cuanto a la comorbilidad, los sujetos con trastornos importantes del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de tener uno o más trastornos asociados, de estos, los más frecuentes son el abuso o dependencia del alcohol, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo. Por el contrario, los sujetos con abuso de sustancias y ansiedad también tienen un elevado riesgo de presentar trastornos depresivos en la actualidad o a lo largo de la vida. Los varones acuden con mayor frecuencia con trastorno por abuso de sustancias (Kaplan & Sadock, 2009, pág. 529).

La depresión es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica medica actual, con un valor real de prevalencia.

La depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables

según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos, que serán expuestos más adelante.

La depresión mayor es un trastorno mental, que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor, se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio (Pérez-Padilla, Cervantes, Hijuelos, Pineda & Salgado, 2017, pág. 73).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones. Una de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (Calvo & Jaramillo, 2015).

La clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), plantea criterios primarios y secundarios de la depresión, criterios que son utilizados para diagnosticar este estado afectivo en el paciente.

El autor griego *Galeno*, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 después de Cristo, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral (Josué Díaz & Lidice, 2006).

Samuel Johnson durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos

de: “El bazo”, “La enfermedad inglesa”, “Los vapores” y “La locura melancólica”. (Josué Díaz & Lidice, 2006).

Hacia el final del siglo XIX, el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas.

La historia de los desórdenes afectivos revela diversas opiniones médicas, pero con ciertas constantes unificadoras. “La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión” y “La mente fija sobre un solo pensamiento” ha sido repetida a menudo desde el siglo V antes de Cristo hasta el presente en la literatura médica occidental.

En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad.

A escala mundial, se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4.4% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2017).

3.2. Depresión y Sociedad.

El elemento social no puede ser separado de la depresión ya que influye grandemente.

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social.

Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso morboso, entiéndase por riesgo a la probabilidad que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad dada a lo largo de un periodo preestablecido (Estramiana, Luque & Valle, 2010).

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales. Por ende, su estudio requiere de múltiples aproximaciones. Sin dejar de reconocer la importancia de analizar los avances en el campo de las neurociencias y la genética,

que han proporcionado bases para corregir la división mente-cuerpo que constituyó una barrera para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta, el presente trabajo se enfocará en el análisis de los factores psicosociales asociados con la depresión que pueden tener implicaciones para las políticas públicas. (Berenzon, Lara, Roble & Medina, 2013).

En la depresión, entendida como un fenómeno adaptivo, el desánimo y los síntomas asociados contribuyen con el manejo de situaciones inapropiadas o potencialmente dañinas (Botto, Acuña & Jiménez, 2014).

Se conoce que la separación matrimonial, el *estatus* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar constituyen causas sociales para la aparición del trastorno. ¿Y estas, no están ligadas a la sociedad? Por un lado, algunos autores opinan que la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión; otros plantean que la clase social, el nivel cultural y la raza no se han vinculado claramente con la depresión.

El hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer sus necesidades, desde lo más simples o elementales hasta los más complejos de carácter espiritual, pero a la vez el hombre plantea problemas en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad y así surgen interrogantes de cómo vivir, cual es el sentido de la vida e incluso si vale la pena vivir o no.

Aquí entraría a jugar el papel de Estado, la voluntad política y la posibilidad de contribuir al bienestar no solo psicológico, biológico, sino también social.

Rodríguez Gavalda en su artículo "Visión crítica acerca de la formación médica actual", cuando se refiere a problemas filosóficos de la medicina, realiza un análisis de cómo debe ser concebida la curación de los pacientes. (Josué Díaz & Lidice, 2006).

La curación se concibe no como un producto de un cambio de condición social del paciente o del proceso biológico natural de recuperación de sus fuerzas vitales, sino

como resultado exclusivo de algún tratamiento específico, una estancia en el hospital o el consumo de determinado medicamento. (Josué Díaz & Lidice, 2006).

Así los pacientes son tratados y devueltos a las mismas condiciones socioambientales que probablemente influyeron en la génesis de la enfermedad.

3.3. Epidemiología de la Depresión.

Las consecuencias de estos trastornos en términos de pérdida de salud son enormes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7.5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015).

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7.5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5.5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones (que incluyen India y China, por ejemplo). El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18.4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En cuanto a la epidemiología la depresión independientemente del país o la cultura es el doble en las mujeres que, en los varones, en cuanto a la situación conyugal es más frecuente en las personas separadas o divorciadas.

3.4. Escala de Hamilton para medir la Depresión.

La escala de Depresión de Hamilton ha sido el patrón de oro para la evaluación de la depresión durante más de 40 años, desde la última revisión principal de este instrumento en 1979 que examinan explícitamente las características psicométricas de

la Escala de Depresión de Hamilton. La prueba Hamilton se valora en una escala, hetero aplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido la cual consta de 17 ítems, diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Cada pregunta tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52, pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo, se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: > 23 (JA, 2015).

3.5. Alcoholismo.

En las últimas décadas, se ha desarrollado el estudio de los daños que produce el consumo de alcohol. La relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias depende de la cantidad de alcohol ingerido y del patrón de consumo. Los efectos bioquímicos, dependiendo de la cantidad de alcohol y del patrón de consumo están relacionados, sobre todo, con efectos crónicos a nivel individual. La intoxicación está más relacionada con efectos agudos como la accidentabilidad, la violencia y los conflictos sociales. La dependencia, derivada de un consumo sostenido de alcohol, tiene importancia consecuencias tanto agudas como crónicas, asociándose con más de 60 enfermedades físicas y mentales, así como con numerosos problemas sociales, que afectan a personas ajenas al propio bebedor y tienen en la violencia una clara repercusión. Muchos de estos efectos se producen incluso en dosis muy bajas, por lo que actualmente no hay una dosis de consumo que sea segura o que produzca un efecto beneficioso neto sobre la salud a nivel poblacional.

3.6. Epidemiología del Alcoholismo.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015).

América Latina fue la única Región del mundo donde el alcohol tuvo el primer lugar como factor de riesgo de morbilidad el consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial el valor promedio de consumo per cápita de alcohol, ponderado por población, en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros de consumo per cápita (Edmundo, 2017).

3.7. Etiopatogenia de los trastornos por uso de alcohol.

Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA y canales del calcio (Ochoa, Mandoz & Vicente, 2009).

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. El consumo crónico produce deseo de consumo por disminución de niveles de dopamina, incremento de canales de calcio,

incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal, en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, canales de calcio y la disminución de gabaérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo, puede provocar alucinaciones en el delirium (Ochoa, Mandoz & Vicente, 2009, págs. 27-28).

El consumo de alcohol a corto plazo deprime la función cerebral por alteración del equilibrio entre la neurotransmisión inhibitoria y excitatoria. Específicamente, el alcohol puede actuar como depresor incrementando la neurotransmisión inhibitoria, y reduciendo la neurotransmisión excitatoria. Algunos de los efectos depresores del alcohol se han relacionado con algunas de las manifestaciones comportamentales, mortalidad del delirium tremens que afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades concomitantes. (Ochoa, Mandoz & Vicente, 2009).

La alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas), con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no cursa con delirium. El primer episodio de esta alteración suele darse después de diez años de ingesta exagerada de bebidas alcohólicas. El trastorno puede llegar a tener una duración de varias semanas o meses.

La encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff son encefalopatía agudas o subagudas que se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos después de varios años de evolución. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia (confusión, apatía, somnolencia), parálisis oculomotoras, nistagmus vertical y ataxia. Debe tratarse urgentemente con tiamina por vía parenteral, para evitar su evolución hacia un síndrome de Korsakoff. Este síndrome se caracteriza por amnesia retrograda, amnesia anterógrada, confabulación, alteración de la atención/concentración, introspección limitada de su incapacidad, apatía e indiferencia. Se altera la memoria declarativa (memoria

directamente accesible al conocimiento) pero no la memoria de procedimiento (habilidades aprendidas, no declarables). También se altera la memoria episódica (para sucesos específicos) y no la memoria semántica (lenguaje, reglas, relaciones y principios generales).

La existencia de la demencia alcohólica primaria ha sido discutida. La posible etiología sería la doble vulnerabilidad para los déficits de tiamina y los efectos neurotóxicos directos del alcohol. Los síntomas característicos de afasia-apraxiagnosia se observan solo en un tercio de los casos. La presencia de ataxia y neuropatía periférica es muy frecuente. Los déficits típicos son razonamiento de fluctuaciones del estado de conciencia, compromiso cognitivo y alucinaciones que suelen ser vívidas y tener alto impacto en el comportamiento del individuo. La tasa de mortalidad en sujetos con delirium tremens no tratados alcanza el 20% ((Colciencias, 2013, pág. 26).

Encefalopatía: alteraciones neurocognitivas que hacen parte de la encefalopatía de Wernicke y del síndrome de Korsakoff, entidades que aparecen como complicaciones del consumo crónico de alcohol, y que pueden ser prevenidas mediante estrategias de detección temprana y tratamiento oportuno, como el uso de tiamina, una vitamina que está disminuida en el 30% al 80% de los pacientes alcohólicos. (Ministerio de Salud y Protección social Colciencias, 2013, pág.26).

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad.

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida.

El consumo perjudicial de alcohol habla de un patrón desadaptivo que conlleva problemas.

El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas.

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos craneoencefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras. Por supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones.

La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante, incluyendo, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente. La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

El delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens) se caracteriza por confusión de conciencia, agitación, temblor intenso de manos, alucinaciones frecuentemente zoópsicas y micrópsicas (espontáneas o provocadas), delirio ocupacional e hiperactividad autonómica. A veces se precede de crisis convulsivas generalizadas de abstinencia. Suele iniciarse al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido

la ingestión de alcohol, aunque ocasionalmente puede aparecer antes, o transcurrido una semana de abstinencia. El síndrome se desarrolla en general en dos o tres días a no ser que se presente alguna complicación debido a la asociación con otras enfermedades. El primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido un hábito persistente de beber alcohol. La presencia de una enfermedad física concomitante puede predisponer a este síndrome. La mortalidad del delirium tremens afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades concomitantes (Ochoa, Mandoz & Vicente, 2009).

La alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no cursa con delirium. El primer episodio de esta alteración suele darse después de diez años de ingesta exagerada de bebidas alcohólicas. El trastorno puede llegar a tener una duración de varias semanas o meses.

La encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff son encefalopatías agudas o subagudas que se producen por deficiencia de tiamina en pacientes alcohólicos crónicos después de varios años de evolución. La encefalopatía de Wernicke se caracteriza clínicamente por confusión de conciencia (confusión, apatía, somnolencia), parálisis oculomotoras, nistagmus vertical y ataxia. Debe tratarse urgentemente con tiamina por vía parenteral, para evitar su evolución hacia un síndrome de Korsakoff. Este síndrome se caracteriza por amnesia retrógrada, amnesia anterógrada, confabulación, alteración de la atención/concentración, introspección limitada de su incapacidad, apatía e indiferencia. Se altera la memoria declarativa (memoria directamente accesible al conocimiento) pero no la memoria de procedimiento (habilidades aprendidas, no declarables). También se altera la memoria episódica (para sucesos específicos) y no la memoria semántica (lenguaje, reglas, relaciones y principios generales).

La existencia de la demencia alcohólica primaria ha sido discutida. La posible etiología sería la doble vulnerabilidad para los déficits de tiamina y los efectos neurotóxicos

directos del alcohol. Los síntomas característicos de afasia-apraxiagnosia se observan sólo en un tercio de los casos. La presencia de ataxia y neuropatía periférica es muy frecuente. Los déficits típicos son razonamiento complejo, planificación, pensamiento abstracto, juicio, atención y memoria. Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros tipos de demencia. Aunque las deficiencias persistan, pueden mejorar algo, si se mantienen años sobrios.

El síndrome alcohólico fetal es una embriofetopatía que se presenta entre los hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso prenatal y postnatal del crecimiento, deficiencia mental y psicomotora, dismorfología facial con microcefalia, microftalmía o fisuras palpebrales cortas, párpado superior delgado y aplanamiento de la región maxilar. Otras malformaciones son hemangiomas, anomalías menores de articulaciones y extremidades, anomalías genitales, defectos cardíacos, surcos palmares únicos (Ochoa, Mandoz & Vicente, 2009).

3.10. Factores de Riesgo para el alcoholismo.

Biológicos: La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.

- **Personales:** La edad, el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad.
- **Familiares:** Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco efectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia.
- **Psicológicos:** Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y

emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse.

- Escolares: Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad.
- Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso a alcohol, privación económica, la publicidad, la delincuencia, marginalidad y amigos consumidores (Ahumada, Gámez & Valdez, 2017 pág. 15)

3.11. Diagnóstico del alcoholismo.

El diagnóstico de alcoholismo supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Realizaremos una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscará alteraciones somáticas y otros datos inespecíficos

pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. Son muy recomendables, aunque poco registrados en Atención Primaria, donde el consejo terapéutico sobre la reducción de un consumo de riesgo puede ser útil. Orientan hacia un patrón de consumo clásico latino o hacia el intermitente anglosajón a la vez que evalúa el consumo con o sin riesgo, y el consumo patológico. El consumo de alcohol medido en gramos de alcohol se calcula multiplicando los mililitros de bebida por la graduación de esta y por 0.8 y dividiendo el resultado por 100. Cada vez es más frecuente el uso de la Unidad de Bebida Estándar (UBE), que se refiere al contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. Se acepta que 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol. En función de la cantidad de alcohol consumido se clasifican los bebedores en grados.

Los trastornos por consumo de alcohol son trastornos letales comunes que con frecuencia imitan otros síndromes psiquiátricos.

“En los alcohólicos la esperanza de vida se reduce de 10 a 15 años y el alcohol contribuye a 22,000 muertes y a 2 millones de lesiones no mortales anuales.

Para la práctica de la psiquiatría es esencial el conocimiento de los efectos del alcohol y la importancia de los trastornos relacionados con el alcohol” (Kaplan & Sacko, 2009, págs. 390, 391).

Es importante conocer la patología dual en los trastornos relacionados al alcohol ya que los objetivos terapéuticos de los trastornos duales son básicamente conseguir la retirada del alcohol y demás sustancias, junto con la estabilización de los demás problemas médicos y psiquiátricos.

“Resulta imprescindible un programa integrado, en el que un único equipo especializado tanto en drogodependencias como en salud mental, atienda simultáneamente toda la patología mental del paciente, tanto desde el punto de vista

farmacológico como psicoterapéutico, así como su integración familiar y socio-ocupacional”.

La mayoría de las estimaciones de la prevalencia de suicidio, en individuos con trastornos relacionado con el alcohol oscilan entre el 10% y 15%, aunque el propio consumo de alcohol puede estar implicado en un porcentaje superior de suicidios. Los factores asociados al suicidio en individuos con trastornos relacionados al uso de alcohol, incluyen la presencia de un episodio depresivo mayor, sistemas débiles de apoyo social, una enfermedad medica grave, desempleo y vivir solo.

3.12. Escala CAGE para alcoholismo.

Existen para uso clínico y en investigación poblacional, varios instrumentos breves para identificar posibles casos de consumo problemático de alcohol (para abuso y dependencia de alcohol, Cuestionario CAGE es la escala más conocida, ampliamente utilizada y validada en diferentes contextos. Este instrumento ha mostrado ser tan bueno como los marcadores bioquímicos para identificar dependencia de alcohol (Campos Arias, Barros & Ruedas-Jaimes, 2009). Para la escala, se han documentado en diferentes investigaciones, una consistencia interna entre 0.52 y 0.90 con un promedio de 0.74 (Shields & Caruso, 2004). Asimismo, ha presentado aceptable sensibilidad y especificidad cuando se ha comparado con una entrevista clínica para abuso o dependencia de alcohol.

1. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.
2. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.
4. ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Es casi patognomónico

de dependencia (especificidad alrededor del 100% valor predictivo, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM4. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems, tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado. Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- 0-1 Bebedor social.
- 2 consumo de riesgo. Sensibilidad > 85% y especificidad alrededor el 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia.
- Consumo perjudicial.
- Dependencia alcohólica (Ferrera González, 2019).

3.13. Definición de Patología Dual.

Para Ferstein “La patología dual es una entidad clínica diferente adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso de una enfermedad índice de estudio”. (Acosta & Martínez, 2011, pág. 11).

Existen 3 tipos de comorbilidad:

1. Comorbilidad patogénica: se da cuando una enfermedad da origen a complicaciones o a otra enfermedad existiendo un origen etiológico (causas de enfermedad) en ambas.
2. Comorbilidad diagnóstica: dos enfermedades diferentes producen síntomas clínicos comunes.
3. Comorbilidad pronóstica: cuando determinadas enfermedades predisponen al paciente a desarrollar otras (Acosta & Martínez, 2011, pág. 11)

La comorbilidad se entiende como la concurrencia de dos o más trastornos mentales ocurriendo uno con otro y con condiciones médicas.

Los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes del trastorno del uso por sustancias. Pero los trastornos psiquiátricos pueden agravarse por el consumo de sustancias.

Existen 4 categorizaciones para definir el trastorno comórbido:

1. Un diagnóstico primario de trastorno mental, con diagnóstico posterior de consumo abusivo con efectos perjudiciales para la salud mental.
2. Un diagnóstico primario de dependencia con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
3. Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y trastornos anímicos.
4. Un diagnóstico dual de consumo de sustancias y de trastornos anímicos; resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo, un trastorno por estrés post traumático.

La mayoría de las veces podemos evidenciar cualquiera de estas 4 categorías siendo necesario la intervención de ambas ya que de no hacerlo se puede empeorar la evolución de las dos.

Los estudios han relacionado las diferentes sustancias con factores específicos como el stress, drogas y el desarrollo mental. El sistema de recompensa que es uno de los más afectados por las drogas, y es esencial para el desarrollo de la adicción, síntoma que está relacionado con cambios estructurales y de adaptación del cerebro tanto a nivel macro como a micro niveles.

Se establecen hipótesis que pueden coincidir tanto en el consumo de sustancias como para explicar las enfermedades mentales:

1. Existe una base neurobiológica común a ambas.
2. El consumo de sustancias es usado para ayudar a aliviar síntomas psiquiátricos.

3. El consumo de sustancias puede precipitar las enfermedades mentales o producir cambios biológicos comunes a ambas (Acosta & Martínez, 2011, pág. 14).

La “comorbilidad” también conocida como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.

La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una importante prevalencia según reporta la bibliografía internacional. Los resultados de estudios realizados en sedes de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) muestran mayor comorbilidad aun frente a estudios epidemiológicos realizados en escuelas y hogares (29% aproximadamente), ya que los primeros reportan que la prevalencia de la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos oscila entre 50% y 75% en participantes cuya sede de tratamiento se especializa en la atención de las adicciones. Asimismo, esta comorbilidad en la población de pacientes cuya sede de tratamiento se especializa en la atención psiquiátrica general oscila entre 20 y 50%. En los últimos años, se han realizado diversas investigaciones que tienen por objeto estudiar la comorbilidad en poblaciones especiales, entre ellas, indigentes, reclusos, adolescentes, mujeres, pacientes con enfermedad mental grave, unidades de tratamiento residencial y ambulatorio. En ellos se ha encontrado que los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias son los del estado de ánimo, los de ansiedad, los psicóticos y los de la personalidad antisocial (Marín y otros, 2013, págs. 271-272).

Además de lo ya descrito, existen otras implicaciones a las que estos pacientes se ven expuestos, como el riesgo de padecer alguna enfermedad infectocontagiosa (VIH, hepatitis B y/o C), incremento de la ideación suicida, conducta suicida y suicidio

consumado, mayor riesgo de involucrarse en problemas legales y sociales, lo que puede aumentar la probabilidad de indigencia y/o reclusión.

Por otra parte, uno de los aspectos de relevancia que señala la bibliografía es la dificultad que los pacientes enfrentan al no encontrar programas de tratamiento que integren la atención psiquiátrica, así como la adictológica, recibiendo tratamientos paralelos o secuenciados, lo que disminuye su efectividad e incrementa sus costos (Marin-Navarrete & Rodrigo, 2013, págs. 271-272).

3.14. Alteraciones Neuropsicológicas.

Como ya se ha mencionado, existe una gran variabilidad en los diferentes grados de afectación neuropsicológica que pueden presentar los sujetos abusadores de alcohol, encontrándose desde sujetos sin afectación aparente hasta individuos que cumplen criterios de demencia, y concurriendo diversos factores que serán comentados más adelante (Botello, 2019).

El compromiso cerebral asociado al alcoholismo, como ya hemos comentado, es especialmente marcado en córtex cerebral frontal, hipotálamo y cerebelo. Dichas áreas se relacionan funcionalmente con procesos cognitivos, emocionales, de memoria y movimiento (Botello, 2019).

Factores Sociodemográficos que influyen en la Comorbilidad de Depresión y Alcoholismo.

El alcoholismo es más frecuente en hombres actualmente. Pero los hombres tardan más tiempo en consultar y cuando lo hacen generalmente se encuentran en etapas ya avanzadas de la enfermedad.

Las patologías de salud mental en su conjunto son unas de las enfermedades de mayor prevalencia en la vida del hombre hoy. El concepto de salud del hombre es un desafío como entidad para lograrlo debido a la menor tasa de consulta de los hombres a la atención de salud general, salvo cuando estas patologías son de naturaleza de urgencia. Además, podemos hablar de salud del hombre solo si logramos pesquisar y prevenir enfermedades en estos pacientes en forma precoz, cualquiera sea su tipo

para una intervención de mejor pronóstico, pero mientras que nuestra aproximación sea tardía nos debemos resignar a hablar de enfermar al hombre (Daniel, 2014, pág. 79).

Las personas más vulnerables a presentar algún trastorno mental fueron las personas adultas jóvenes de 18 a 34 años y estado civil solteras. La literatura indica que el inicio temprano de los trastornos mentales se ha asociado con mayor riesgo de dependencia a drogas; se ha demostrado que cuando anteceden trastornos como ansiedad y depresión el riesgo de desarrollar dependencia en el consumo de sustancias se incrementa de 3 a 10 veces (Rivas y otros, 2016).

Por otro lado, el tipo de comunidad en la que habitan los participantes si es una zona rural, marginada, con falta de apoyo para la atención de la identificación de trastornos mentales y del consumo de alcohol como problemas de salud en particular y a oportunidades de crecimiento personal. El desempleo se da con mayor probabilidad en esta población, probablemente por la incapacidad producida por el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas y/o los trastornos mentales comórbidos presentes, que en conjunto alteran los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento individual considerado como normal manifestados en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. El desempleo resultó estar significativamente asociado a la presencia de trastornos depresivos (Rivas y otros, 2016, págs. 75-76).

El consumo y el abuso de drogas se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de que se presente conducta suicida. En la literatura se reporta que los consumidores de drogas tienen tentativas de suicidio que oscilan entre 25% y 50% y que el consumo reciente se relaciona con la severidad del método que se elige en el intento (González-Forteza, Juárez López & Montejón León, 2015).

IV. DISEÑO METODOLOGICO.

4.1. Tipo de estudio

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal.

4.2. Área de estudio.

Centro de prevención y tratamiento de adicciones del Hospital Nacional de San Vicente, San Vicente, El Salvador.

4.3. Población y muestra.

Población: Usuarios que asisten al Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente entre junio- septiembre de 2019.

Universo: 100 usuarios que asisten al Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a septiembre de 2019.

Muestra: 100 usuarios que asisten al Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a septiembre de 2019.

4.4. Operacionalización de Variables.

Variable	Tipo	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala
Depresión	Cualitativa ordinal	Enfermedad mental de duración mínima de 15 días, caracterizada por una profunda tristeza, baja autoestima y disminución de la actividad.	Severidad de la depresión	Escala de Hamilton	No depresión: 0-7 puntos.
					Depresión Leve: 8-13 puntos.
					Depresión Moderada: 14-18 puntos.
					Depresión grave: 19-22 puntos
					Depresión muy grave: >23 puntos
Características Sociodemográficas	Cualitativa ordinal	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en una población sujeta a estudio.	Género	Tipos	Masculino, Femenino
			Edad	Años cumplidos	18-25 años
					26-35 años
					36-45 años
					46-55 años
					56-65 años
			Mayor de 65 años		
			Estado Civil	Tipos	Soltero, casado, Unión Libre, Viudo, Separado
			Lugar de Residencia	Tipos	Urbano, rural
Ocupación	Tipos	Estudiante, empleado, ambos, ninguno.			
Nivel de educación	Tipos	Ninguna, Primaria, Secundaria, Superior.			
Tipo de Consumo	Cualitativa ordinal	Características del consumo de los usuarios sujetos a estudio	Tiempo de consumo	Años de consumo	1-2 años
					3-4 años
					> 5 años
			Patrón de consumo	Mono Consumo	Consumo de una sola sustancia psicoactivas.
					Poli consumo
			Tipo de consumo	Escala de Cage	0-1: social
					2: Consumo de riesgo
3: Consumo perjudicial					
		4: Dependencia			

Tabla 1. operacionalización de Variables.

4.5. TECNICAS APLICADAS EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

4.5.1. Instrumentos de medición.

La población que participo en la investigación estuvo constituida por los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente en el periodo comprendido de junio-noviembre de 2019.

4.5.2. Criterios de inclusión.

- Usuarios que hayan otorgado su consentimiento informado.
- Igual o mayores a 18 años que asistan al programa de rehabilitación del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente.
- Hayan otorgado su consentimiento informado.
- Consumidores de sustancias legales e ilegales que sepan leer y escribir.

4.5.3. Criterios de Exclusión.

- Pacientes con síntomas psicótico, personas con deterioro cognitivo que limite su capacidad de responder el cuestionario.
- Usuarios que no otorguen su consentimiento informado.

4.5.4. Instrumentos.

4.5.4.1. Escala de depresión de Hamilton.

Creada por Max Hamilton en 1960, para valorar la intensidad de los síntomas depresivos, modificada por el autor en 1967 reduciéndola de 24 a 21 ítems y finalmente en 1968 se realizan la validación y adaptación al español constando de 17 ítems, siendo de las más utilizadas a nivel clínico por su “buena consistencia interna o alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92” (JA, 2015).

Es una escala hetero aplicable de forma individual o grupal, contempla entre tres y cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert, que mide la depresión en niveles:

ninguna, leve, moderada y muy grave; además, mide niveles de ansiedad comportamentales, vegetativos y cognitivos.

La puntuación oscila entre 0-52 puntos, lo cual permite establecer los niveles de la siguiente manera:

- No depresión (0-7 puntos).
- Depresión Leve (8-13 puntos).
- Depresión Moderada (14-18 puntos).
- Depresión Grave (19-22 puntos).
- Depresión Muy Grave (> 23 puntos).

4.5.4.2. Ficha Sociodemográfica.

Elaborada por la investigadora del presente trabajo, para la recolección de datos a partir del historial clínico, la cual contiene variables como: género, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, entre otros. Ver anexo 2.

4.5.4.3. Ficha de patrón de Consumo.

Donde se evalúan los años que tiene de consumir y si solo consume alcohol o si consume otras drogas además de alcohol. Ver anexo 3.

4.5.4.4. Escala CAGE para el alcohol.

Determina el tipo de consumo. Ver anexo 4.

4.5.5. Instrumentos.

Se les explico a los participantes sobre el objetivo del estudio y la garantía de la confidencialidad de los datos obtenidos. Los que desearon participar, firmaron un consentimiento, informándoles que se les pasaría las escalas de Hamilton para medir ansiedad y depresión y la ficha sociodemográfica.

4.5.6. Procesamiento de los Datos.

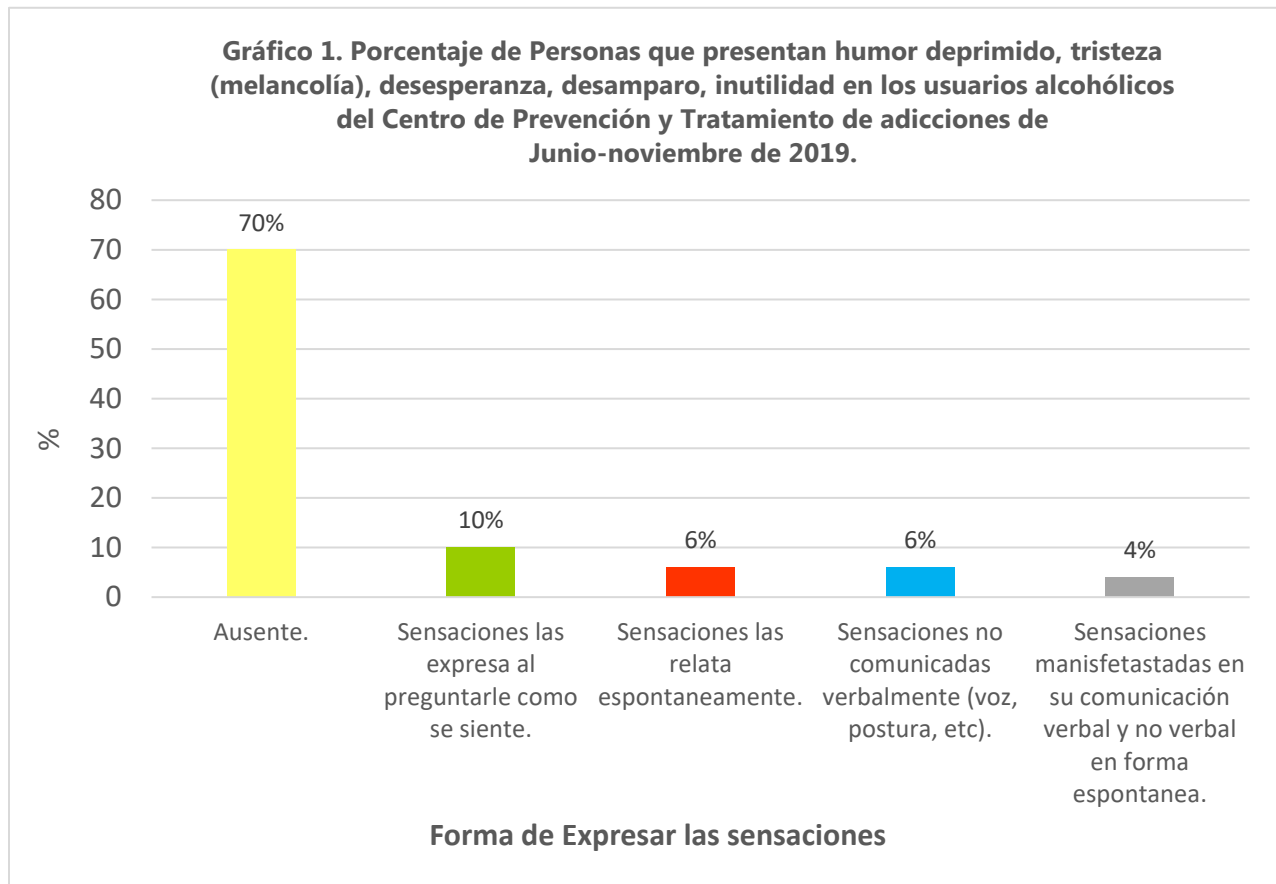
Se tabularon los datos en el programa estadístico de Microsoft Excel.

4.5.7. Aspectos Éticos.

En cumplimiento a los requerimientos éticos según APA 6ª edición (2016), para las investigaciones, se solicitará el consentimiento de los participantes. El uso de la información será confidencial, evitando la manipulación de la información que pueda afectar la integridad de las personas.

V. RESULTADOS.

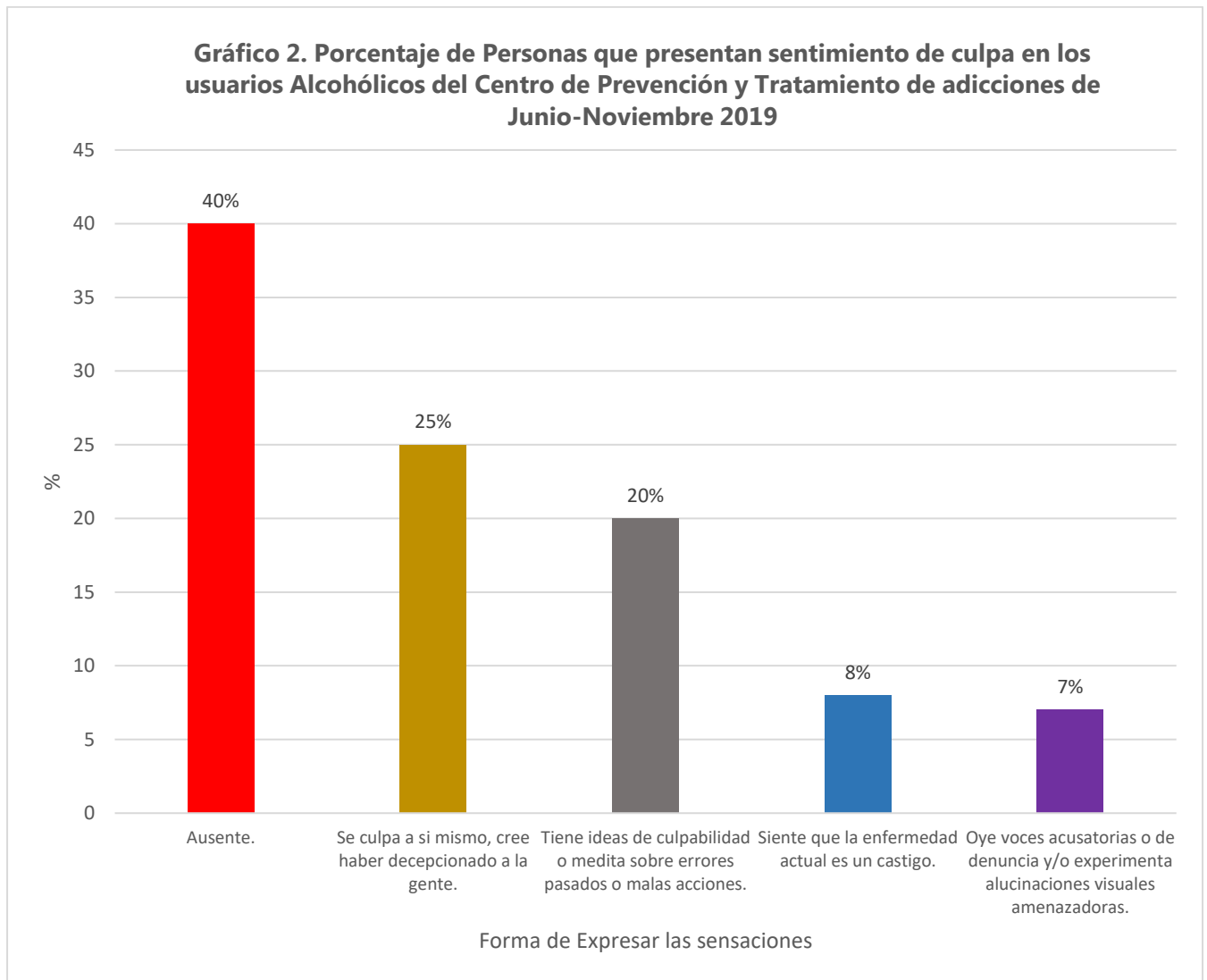
5.1. Resultados de la variable depresión, basada en el indicador de la escala de Hamilton.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los usuarios alcohólicos que presentan humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad, un 70% tiene ausente dichos síntomas; un 10% expresa dichas sensaciones al preguntarle cómo se siente; un 6% relata esas sensaciones espontáneamente; un 6% expresa esas sensaciones incluso de forma no verbal y un 4% manifiesta las sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

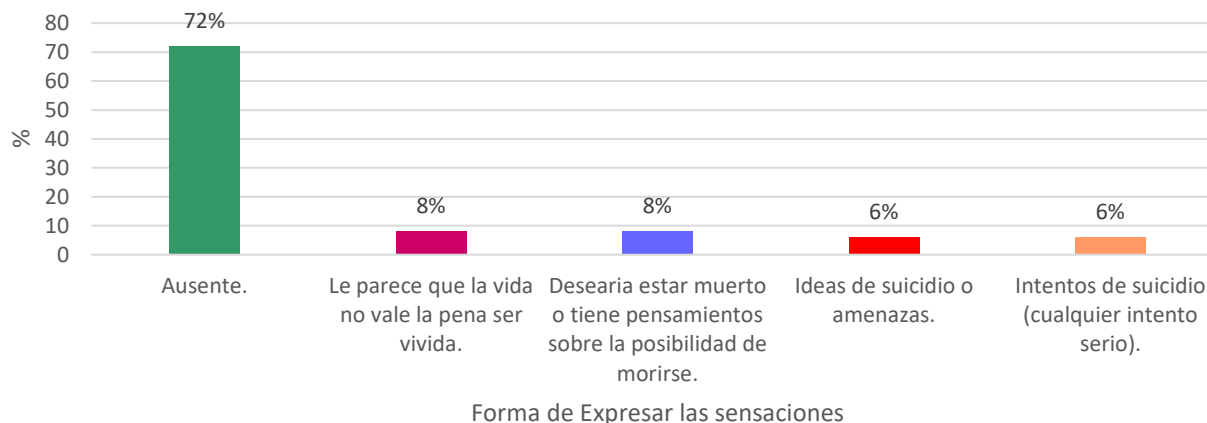
Gráfico 2. Porcentaje de Personas que presentan sentimiento de culpa en los usuarios Alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones de Junio-Noviembre 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los sentimientos de culpa, en un 40% está ausente; un 25% se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente; un 20% tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones; un 8% siente que la enfermedad actual es un castigo y un 7% oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

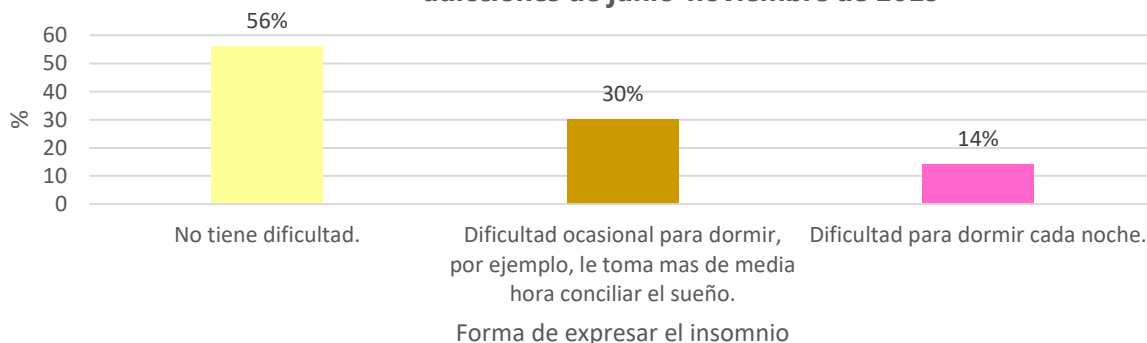
Gráfico 3. Porcentaje de Personas que presentan sentimiento de suicidio en los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones de junio-noviembre de 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con el porcentaje de usuarios que presenta sentimiento de suicidio tenemos lo siguiente: ausente 72%, 8% le parece que la vida no vale la pena para ser vivida, 8% desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse, 6% tiene ideas de suicidio o amenazas, 6% intentos de suicidio (cualquier intento serio).

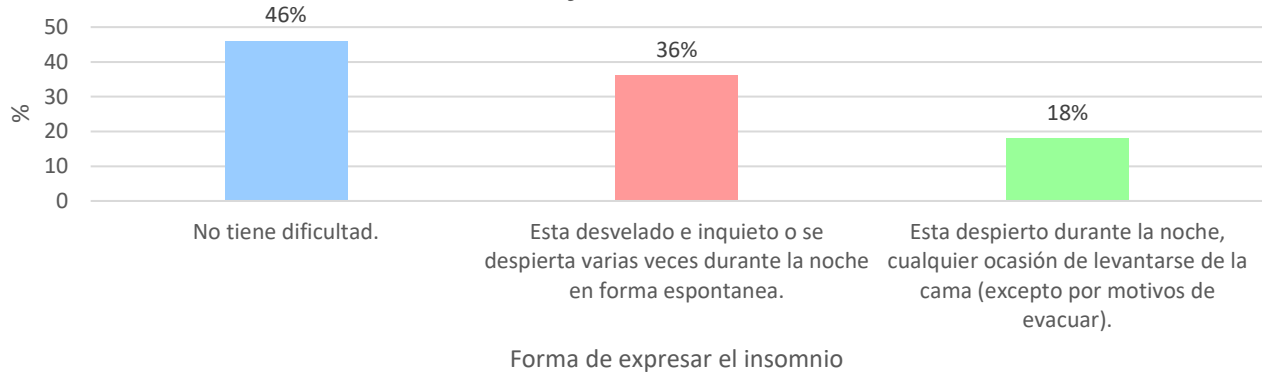
Gráfico 4. Porcentaje de Personas que presentan Insomnio Precoz, en los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones de junio-noviembre de 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con el insomnio precoz, se presenta que un 56% no tienen dificultad, un 30% dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, le toma más de media hora el conciliar el sueño, un 14% dificultad para dormir cada noche.

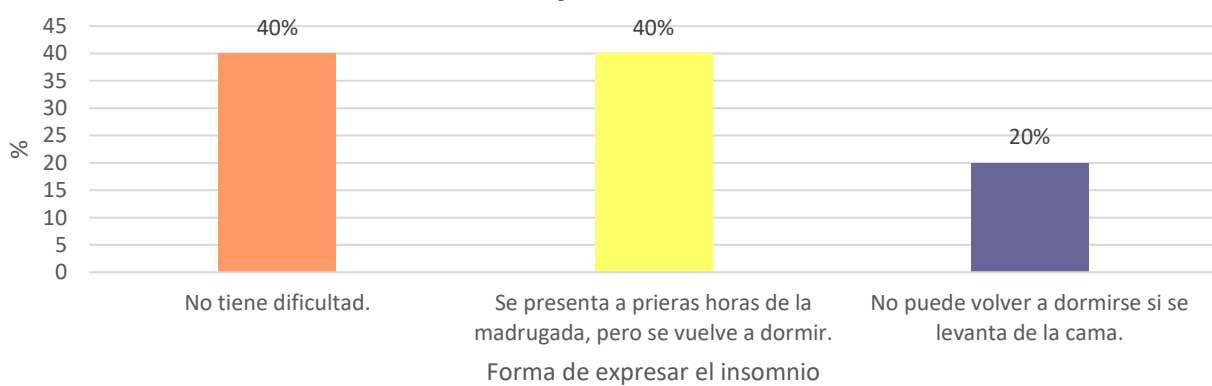
Gráfico 5. Porcentaje de Personas que presentan Insomnio Intermedio, en los usuarios alcohólicos del centro de prevención y tratamiento de adicciones de junio-noviembre de 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con el insomnio intermedio, un 46% no tiene dificultad; un 36% esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche de forma espontánea y un 18% esta despierto durante la noche, en cualquier ocasión se levanta de la cama (excepto por motivos de evacuar).

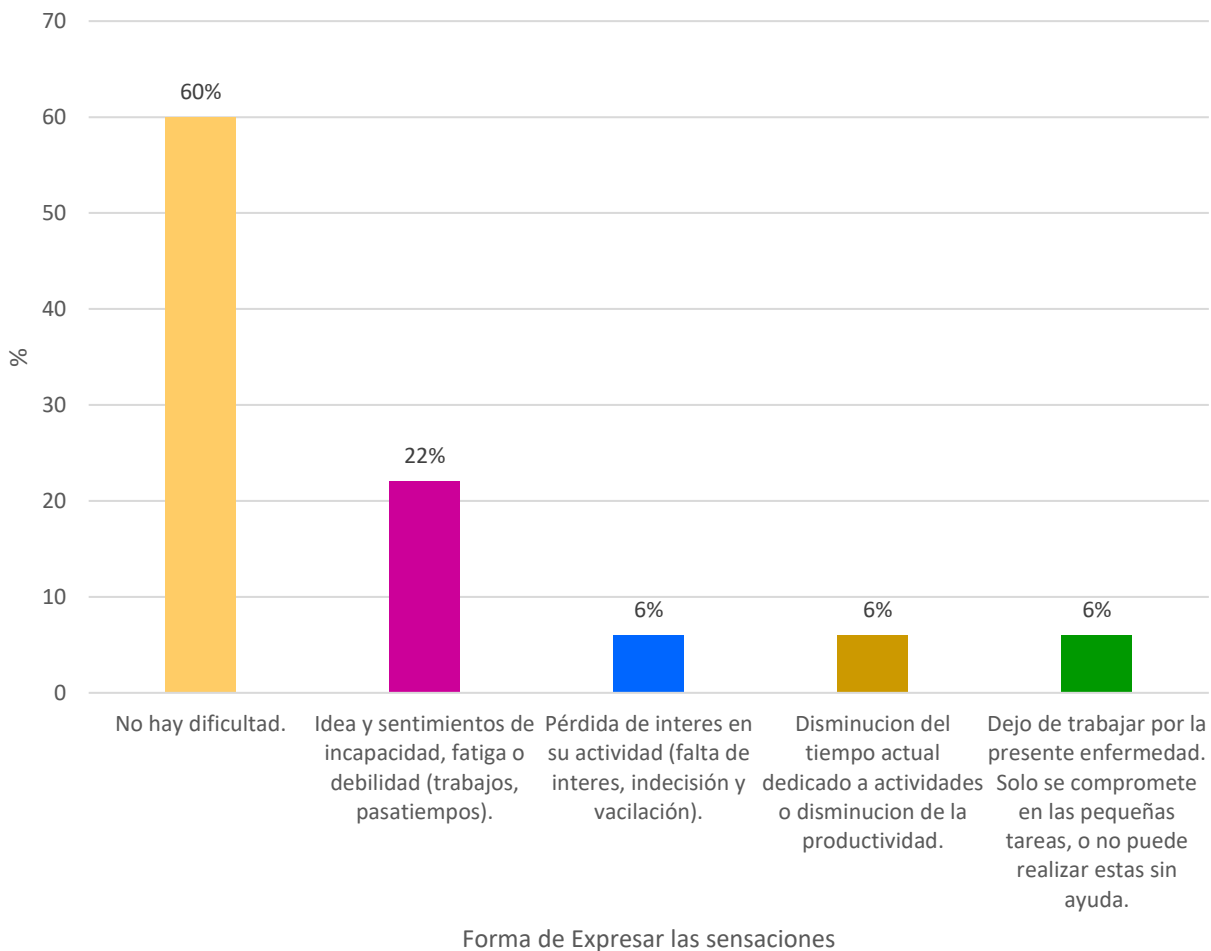
Gráfico 6. Porcentaje de Personas que presentan Insomnio tardío en los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones de junio-noviembre de 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

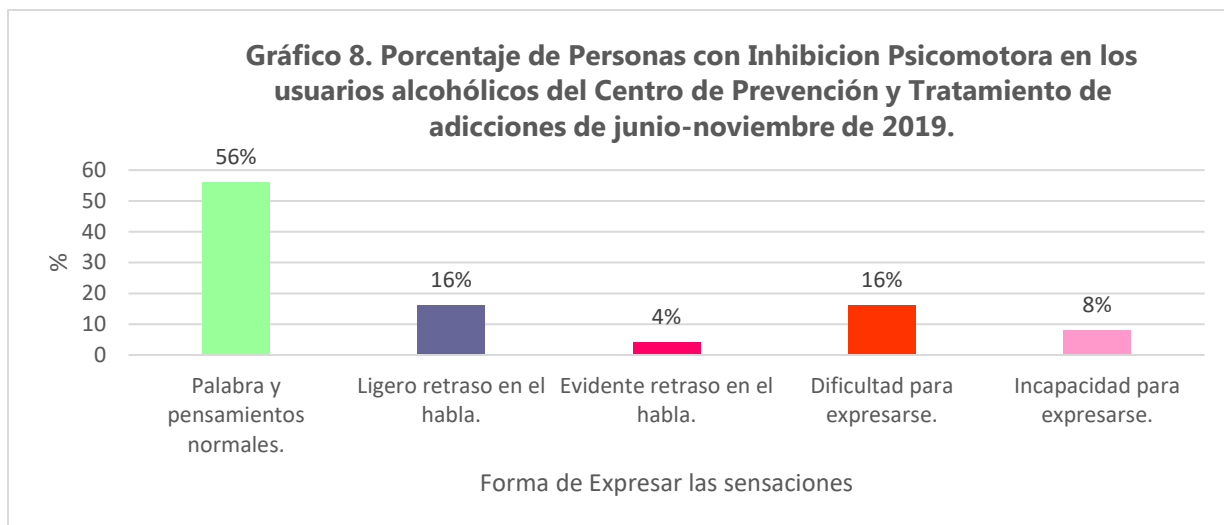
En relación con el porcentaje de personas con insomnio tardío, un 40% no tiene dificultad; otro 40% se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir y finalmente un 20% no puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Gráfico 7. Porcentaje de Personas con ideas y sentimientos disminuidos acerca del trabajo y actividades en los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención Tratamiento de adicciones de junio-noviembre de 2019.



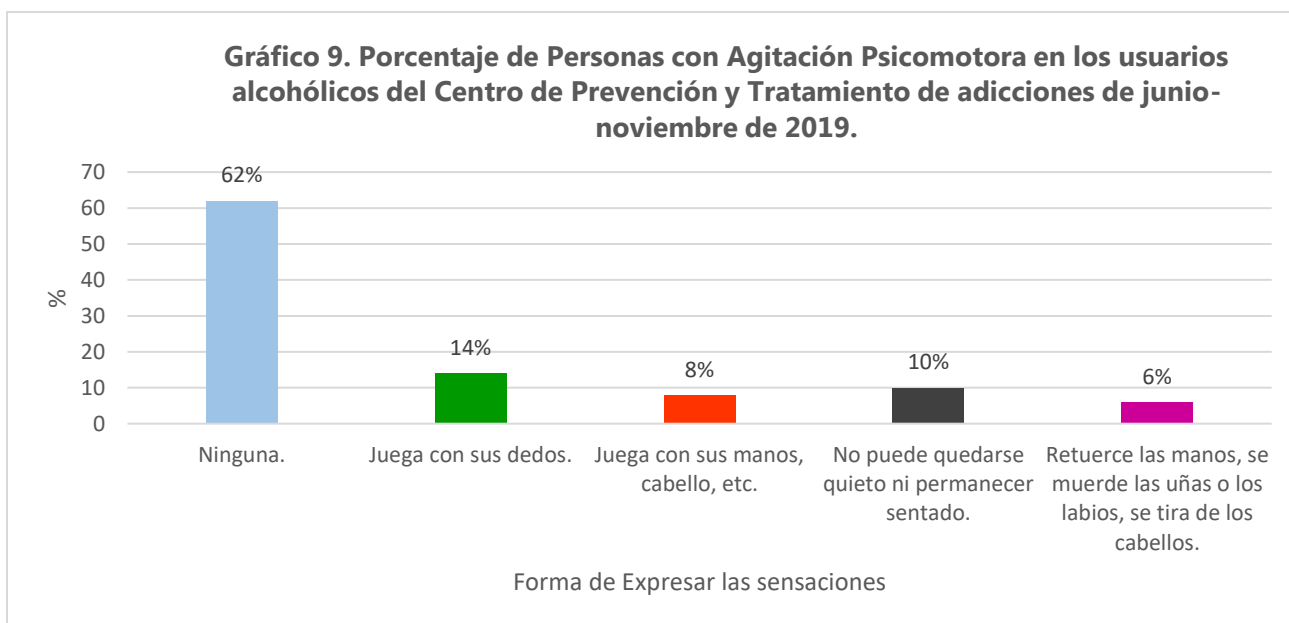
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los usuarios con ideas y sentimientos disminuidos acerca del trabajo y las actividades, un 60% no tiene dificultad; un 22% presenta ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos); un 6% ha perdido el interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación); otro 6% presenta disminución del tiempo actual dedicado a actividades o muestra disminución de la productividad y finalmente un 6% dejo de trabajar por la presente enfermedad. Estos últimos solo se comprometen en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.



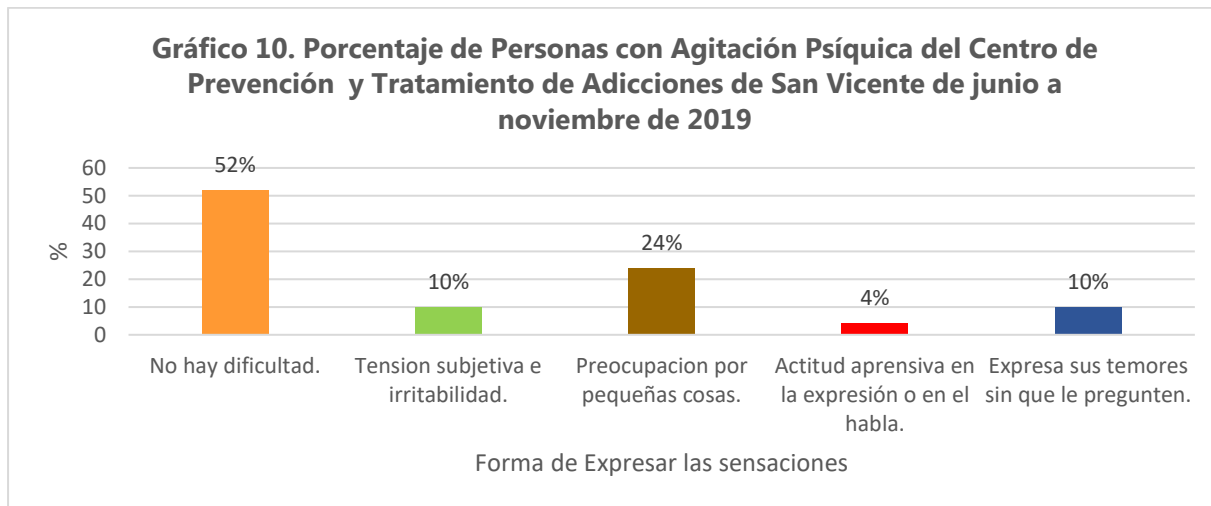
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con el porcentaje de usuarios con inhibición psicomotora, 56% presenta palabras y pensamientos normales; un 16% tiene un ligero retraso en el habla; un 4% presenta un evidente retraso en el habla; un 16% tiene dificultad para expresarse y finalmente un 8% tiene incapacidad para expresarse.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los usuarios con agitación psicomotora, un 62% no presenta ninguna; un 14% juega con sus dedos; mientras que un 8% juega con sus manos, cabello, etc.; mientras que un 10% no puede quedarse quieto ni permanecer sentado y finalmente un 6% retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios y se tira de los cabellos.



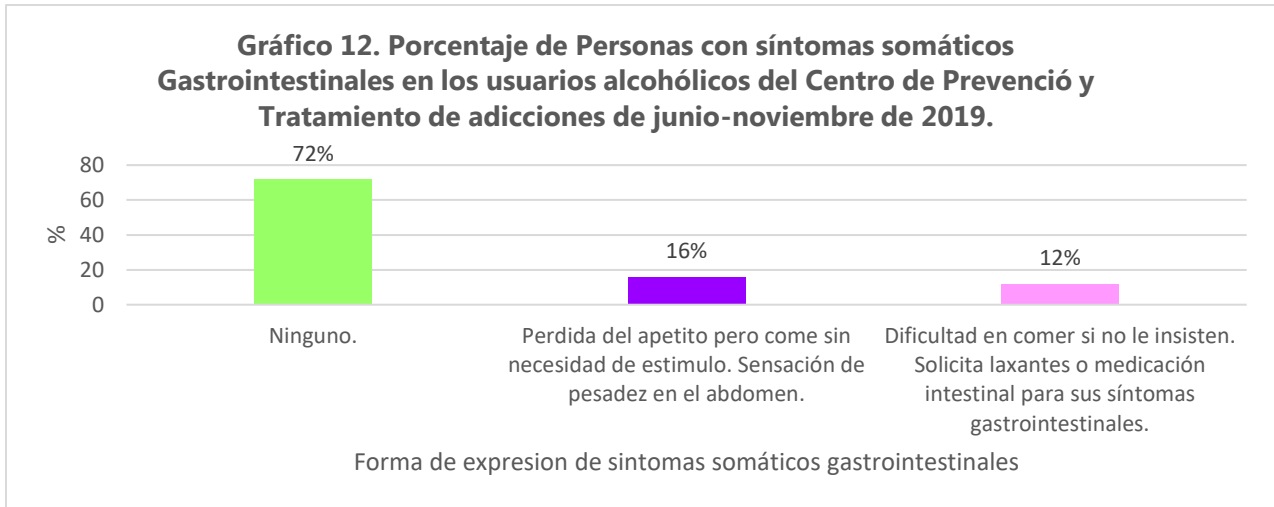
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación del porcentaje de personas con agitación psíquica, un 52% no tiene dificultad, un 10% tiene tensión subjetiva e irritabilidad; un 24% presenta preocupación por pequeñas cosas; un 4% tiene una actitud aprensiva en la expresión o en el habla, y finalmente un 10% expresa sus temores sin que se le pregunte.



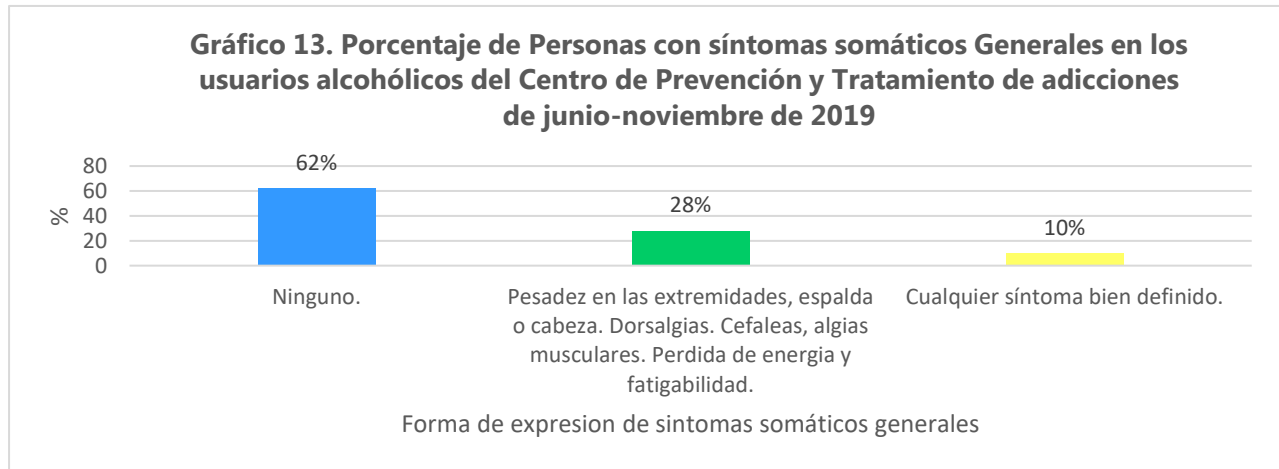
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación de los usuarios con ansiedad somática, un 50% no presenta; un 12% la presenta ligera; en un 24% es moderada; un 8% la presenta severa y finalmente un 6% tiene una ansiedad incapacitante.



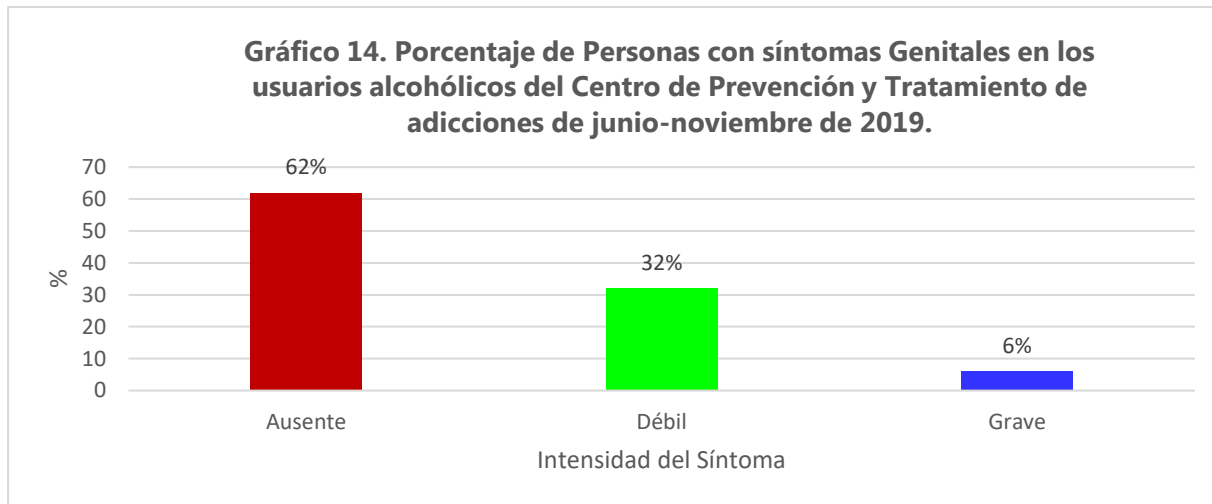
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los usuarios con síntomas somáticos gastrointestinales, un 72% no presenta ninguno; 16% presenta pérdida del apetito, pero come sin necesidad de estímulo aparte de que tienen una sensación de pesadez en el abdomen y finalmente un 12% muestra dificultad en comer si no le insisten, solicitan laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.



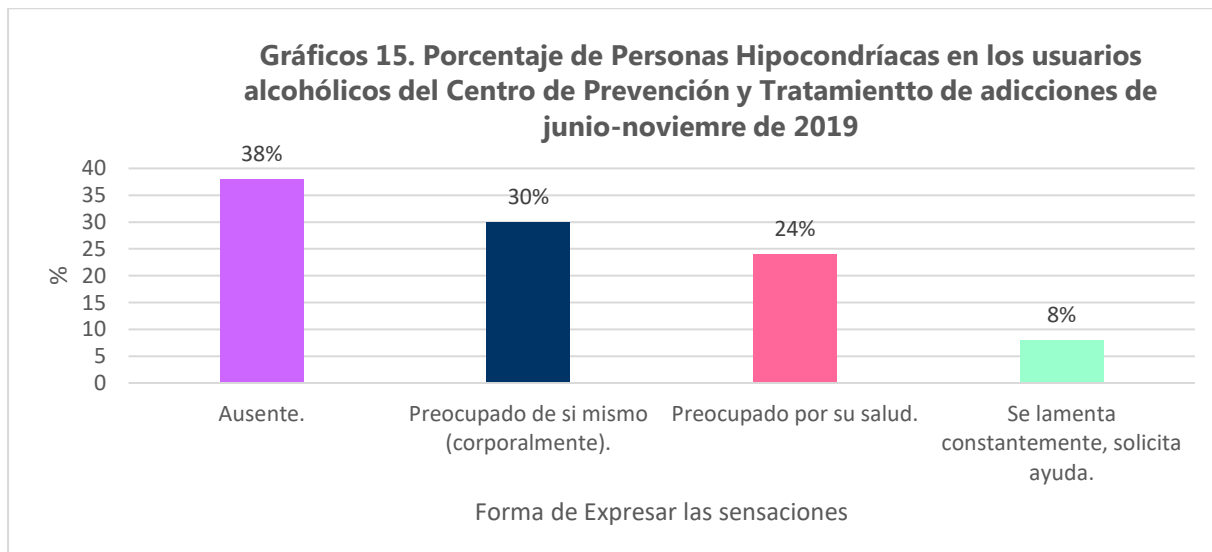
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los usuarios con síntomas somáticos generales, un 62% no presenta ninguno; un 28% presenta pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefaleas, algias musculares o pérdida de energía y fatigabilidad y finalmente un 10% presenta cualquier síntoma bien definido.



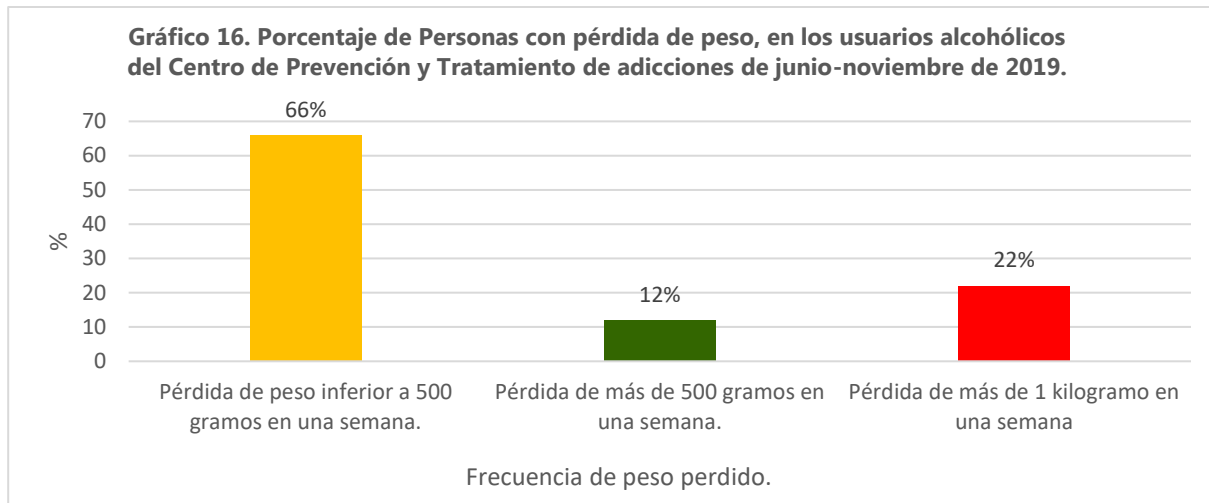
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los síntomas genitales, un 62% de las personas no tienen; un 32% lo presenta débil y únicamente en un 6% el síntoma es grave.



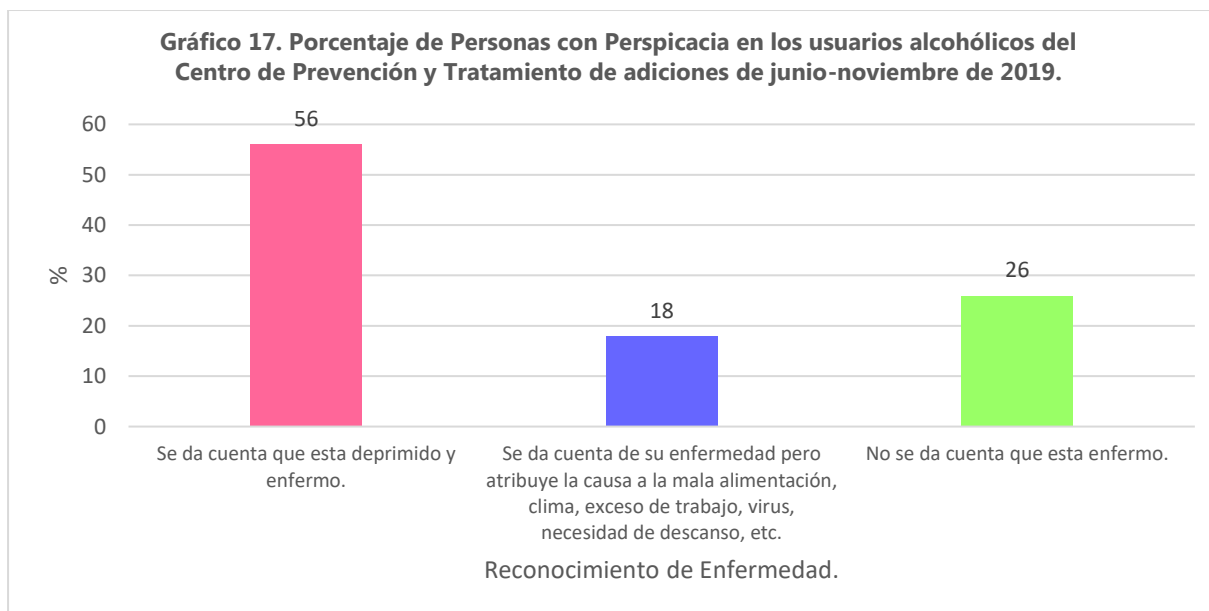
Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

Con relación a los síntomas hipocondriacos en los usuarios, un 38% no lo presenta, un 30% esta preocupado de sí mismo (corporalmente); un 24% esta preocupado por su salud y finalmente un 8% se lamenta constantemente y solicita ayuda.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

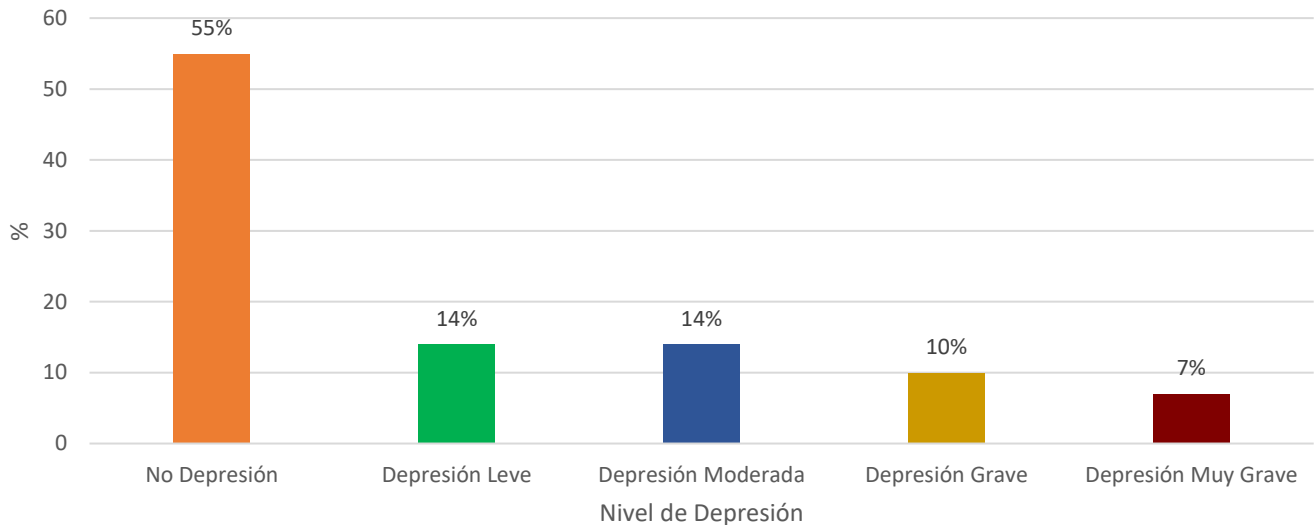
En relación con el porcentaje de usuarios con pérdida de peso, un 66% presenta pérdida de peso inferior a 500g en una semana; mientras que un 12% tiene una pérdida de más de 500 gramos en el mismo periodo de tiempo y finalmente un 22% tiene una pérdida de más de 1 kg. en una semana.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con la perspicacia, un 56% se da cuenta que esta deprimido y enfermo; mientras que un 18% se da cuenta de su enfermedad, pero la atribuye a factores como la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc y por último un 26% no se da cuenta de que está enfermo.

Grafico 18 Niveles de Depresión en Usuarios Alcoholicos del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones del Hospital de San Vicente de Junio-Noviembre 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de Escala de Hamilton para la Depresión.

En relación con los niveles de depresión, un 55% de los usuarios no tienen depresión, un 45% presentó diferentes niveles, como se muestra a continuación: 14% depresión leve, 14% depresión moderada, 10% depresión grave y un 7% depresión muy grave.

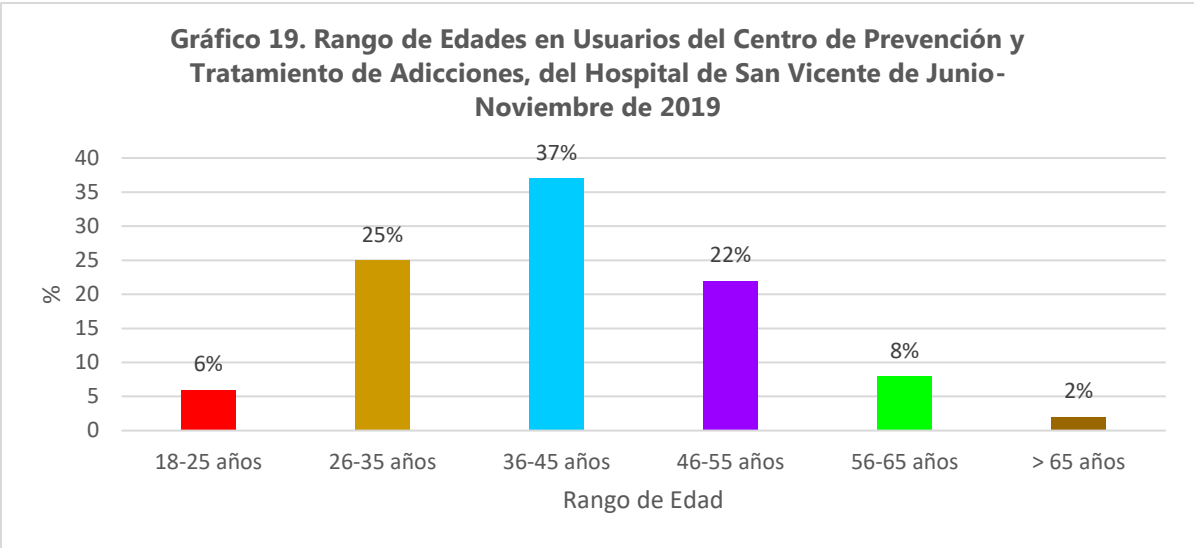
5.2. Resultados Sociodemográficos.

La siguiente tabla muestra el género en usuarios del centro de prevención y tratamiento de Adicciones del Hospital de San Vicente, en el período comprendido de Junio a Noviembre de 2019.

Género en Usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones del Hospital de San Vicente de Junio-noviembre de 2019	
Género	Porcentaje
Masculino	95%
Femenino	5%

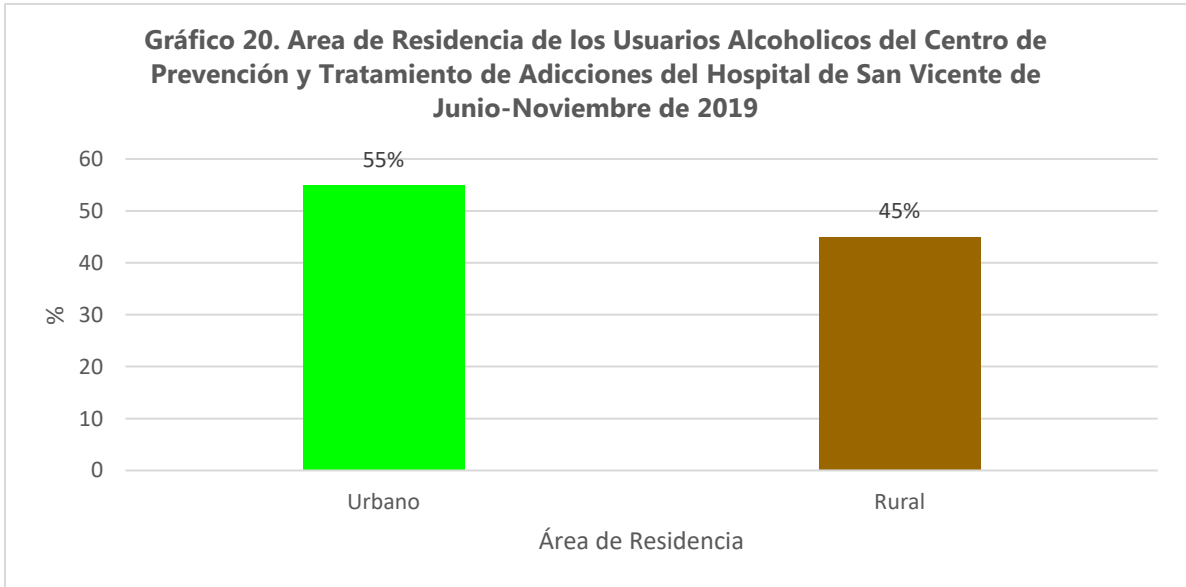
Tabla 2. Género en usuarios del Centro de prevención y Tratamiento de Adicciones del Hospital de San Vicente de Junio-Noviembre de 2019. Fuente de elaboración propia basada en resultados de Ficha Sociodemográfica.

El resultado muestra que el 95% pertenecen al género masculino y únicamente un 5% al género femenino.



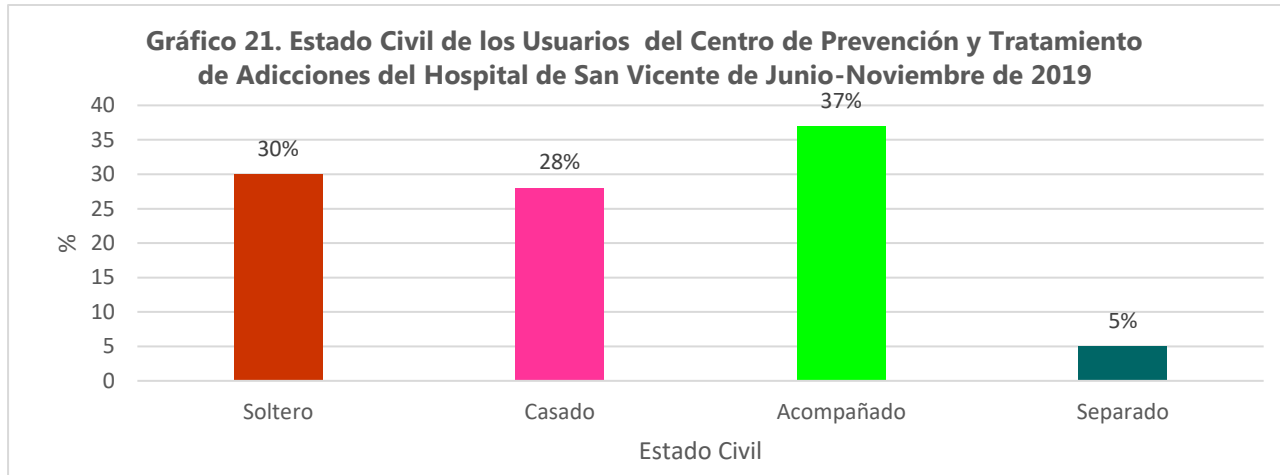
Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sociodemográfica.

En cuanto al rango de edad de los usuarios, un 6% de los pacientes tienen entre 18 y 25 años; un 25% entre 26 y 35 años; un 37% presenta edades entre 36 y 45 años; un 22% oscila entre 46 y 55 años; un 8% entre 56 y 65 años y solamente un 2% tiene más de 65 años.



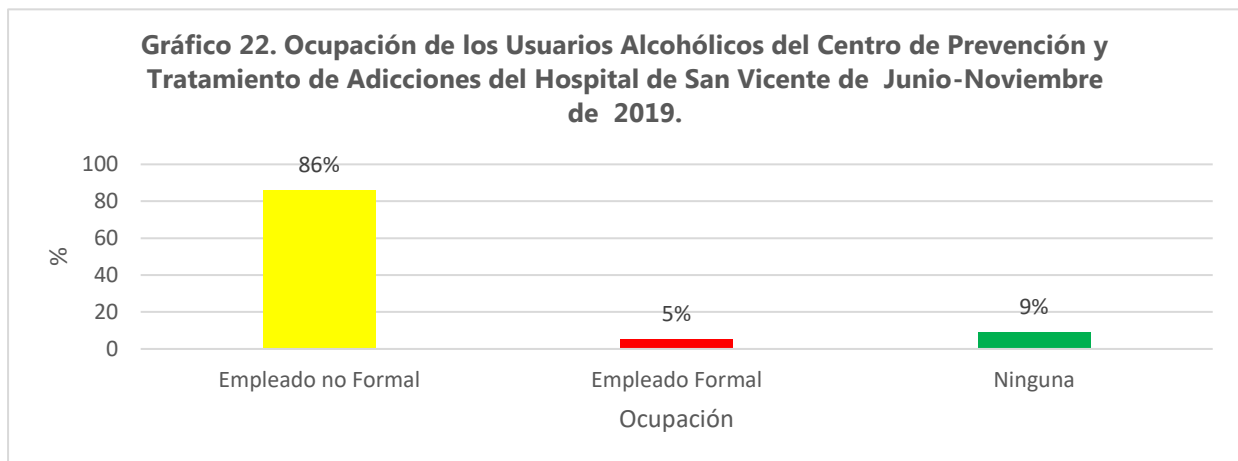
Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sociodemográfica.

Los resultados del área de residencia muestran que el 55% pertenece al área urbana y un 45% al área rural.



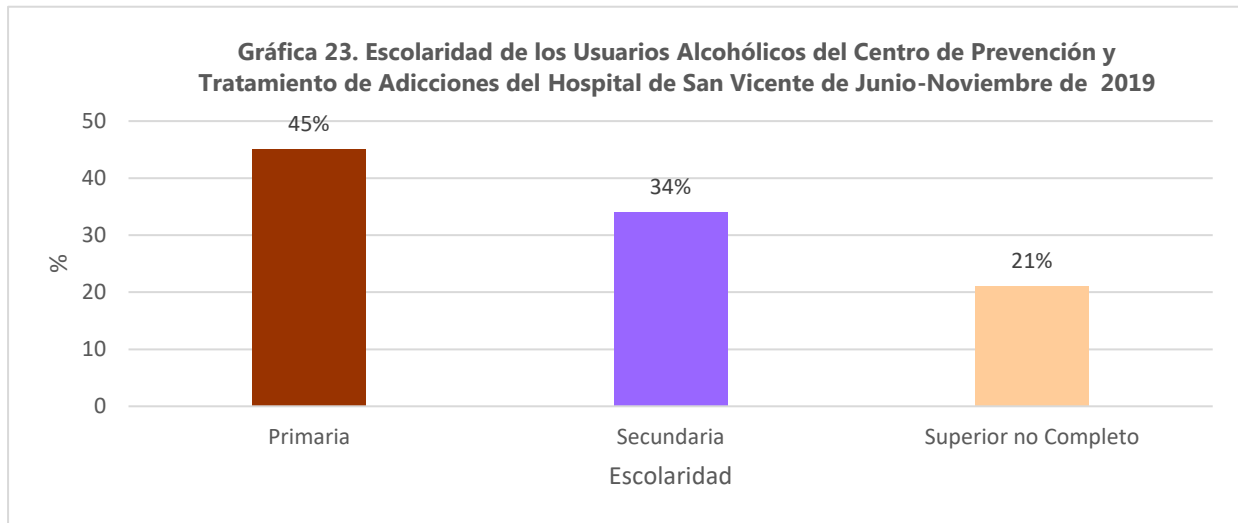
Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sociodemográfica.

El estudio demostró que un 30% de las personas son solteras, un 28% se encuentran casados, un 37% acompañados y únicamente un 5% separados.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sociodemográfica.

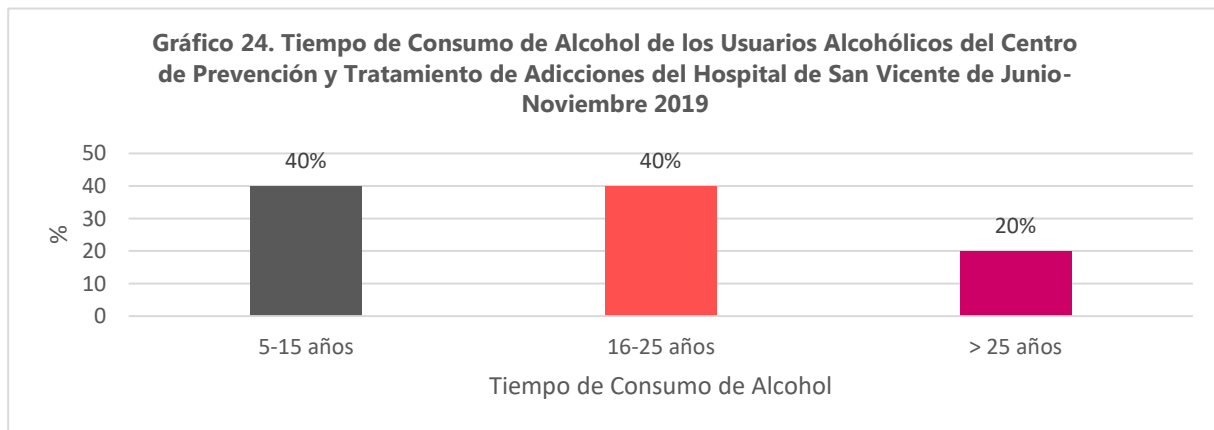
Respecto a la ocupación, el 86% tiene un empleo informal, únicamente un 5% tiene un empleo formal y un 9% no tiene ninguna ocupación.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sociodemográfica.

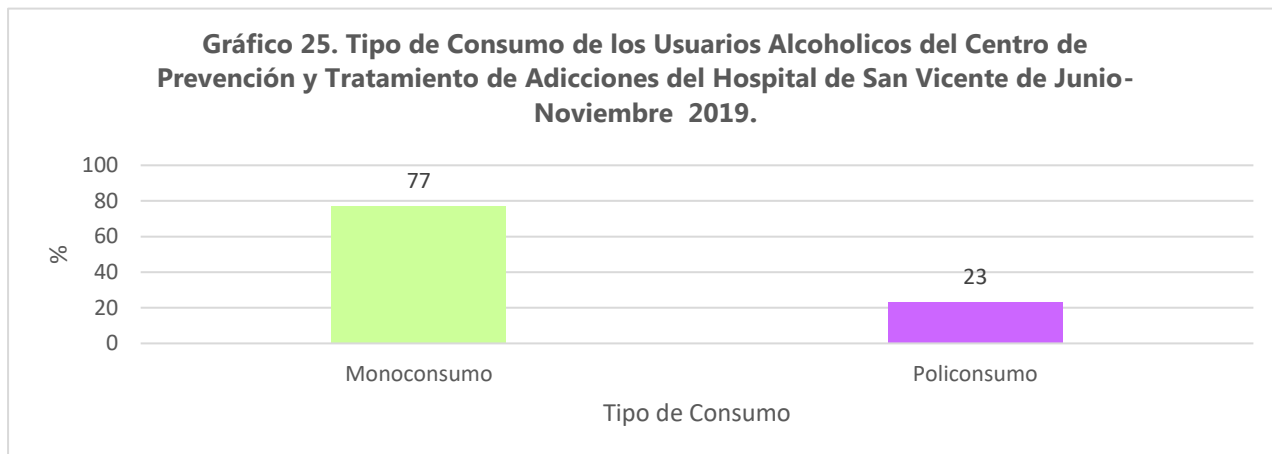
El 45% de las personas tienen únicamente educación primaria, un 34% educación secundaria y finalmente un 21% educación superior no completada.

5.3. Resultados del Patrón de Consumo.



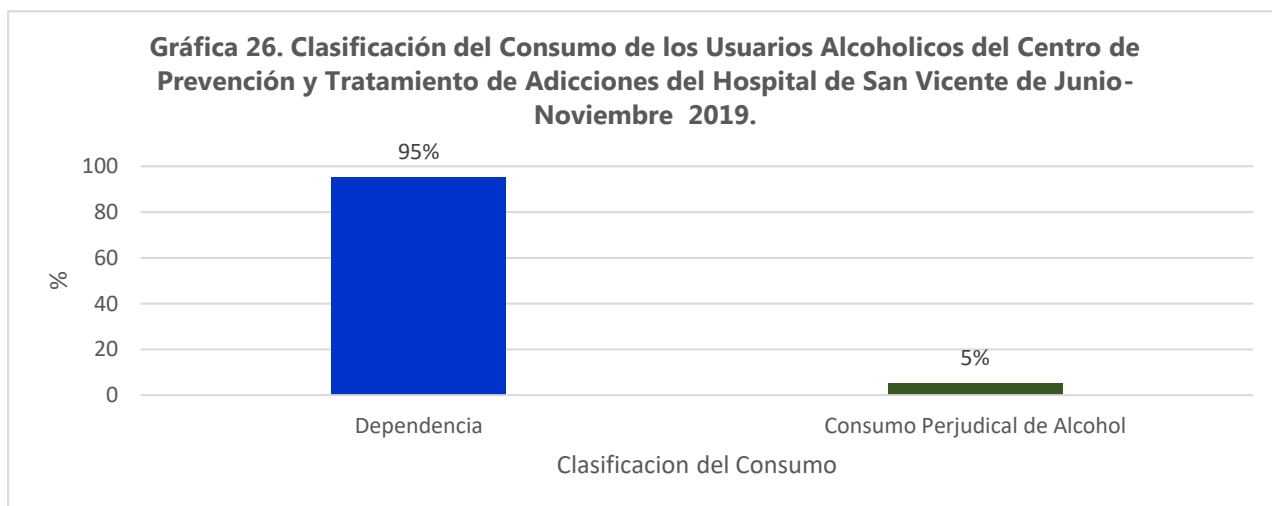
Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sobre patrón de consumo.

En relación con el patrón de consumo, un 40% tienen entre 5-15 años de consumo; otro 40% tienen entre 16 y 25 años y finalmente un 20% más de 20 años de consumo.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sobre patrón de consumo.

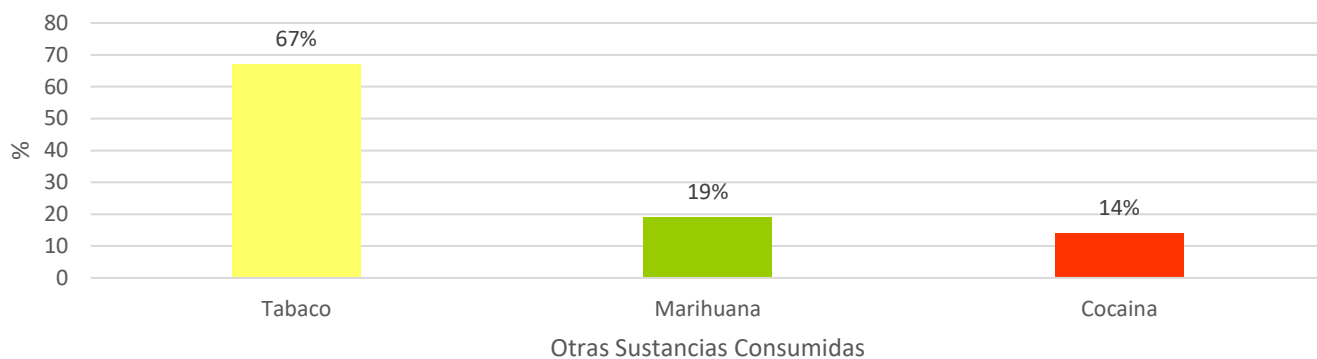
El 77% de los usuarios consumen solamente alcohol, mientras que un 23% consume alcohol y otras sustancias.



Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sobre patrón de consumo.

El 95% de los usuarios tienen una dependencia alcohólica y un 5% un consumo perjudicial del alcohol.

Gráfico 27. Otras Sustancias Consumidas de los Usuarios Alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones del Hospital de San Vicente de Junio- Noviembre 2019



Fuente de elaboración propia basada en resultados de ficha sobre patrón de consumo.

En relación con los usuarios que consumen otras sustancias, un 67% consume tabaco, un 19% marihuana y un 14% cocaína.

VI. DISCUSION.

La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una importante prevalencia según reporta la bibliografía internacional. Los resultados de estudios realizados en sedes de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) muestran mayor comorbilidad aun frente a estudios epidemiológicos realizados en escuelas y hogares (29%, aproximadamente), ya que los primeros reportan que la prevalencia de la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos oscila entre 50% y 75% en participantes, cuya sede de tratamiento se especializa en la atención de las adicciones. Asimismo, esta comorbilidad en la población de pacientes cuya sede de tratamiento se especializa en la atención psiquiátrica general oscila entre 20 y 50%.

El alcoholismo es un problema prioridad en El Salvador y debido a sus efectos depresores, ansiolíticos y a los cambios a nivel cerebral que se dan a causa de su consumo crónico y nocivo tanto a nivel estructural como funcional del cerebro, se calcula que “aproximadamente del 30% al 40% presentan un trastorno relacionado con el consumo de alcohol a lo largo de su vida” (Kaplan & Benjamin, 2009, pág. 391).

Presentado un consumo nocivo de alcohol el 73.4%, ya que el 37.5% consume de 3 a 5 bebidas por episodio; el 35.9 consume 6 bebidas o más; el 84.6% de estas personas tienen entre 24 y 35 años (Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Ministerio de Economía (MINEC) y Dirección General de Estadísticas y Censos (DiGESTIC), 2014), es decir una población económicamente activa, la cual tiene ya problemas con el consumo de alcohol ya que no lo hace de una manera moderada sino nociva; se ha encontrado cambios cerebrales asociados a este tipo de consumo lo que predispone a hombre y mujeres a presentar diferentes trastornos del estado de ánimo como depresión entre otros problemas a nivel de salud, que se pueden asociar como mayores niveles de impulsividad, agresividad, trastornos de personalidad y el suicidio el cual se da en una frecuencia mucho mayor en los alcohólicos especialmente

hombres. Aunque las mujeres intentan 3 veces más quitarse la vida, los hombres lo consuman hasta 3 veces más que las mujeres.

En el estudio se encontró que un 45% de los usuarios presenta depresión, y un 55% no la presentan. De los que la presentan, un 14% la tiene leve, otro 14% moderada, un 10% grave y un 7% muy grave; coincidiendo con los datos encontrados en la bibliografía, que por lo menos el 50% de los adictos, presenta una comorbilidad, siendo las más comunes del espectro afectivo la depresión.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró lo siguiente: el 95% son masculinos y el 5% son usuarias del género femenino; se sabe que la tendencia va en aumento en cuanto al consumo de alcohol en mujeres, promovido especialmente por los anuncios publicitarios y son conductas cada vez más aceptadas en el género femenino.

La depresión según los estudios es más frecuentemente asociada a personas con un estado civil soltero o separado, debido a que esto generalmente implica un menor apoyo social. Otro factor es la misma adicción con los cambios de conducta que genera, especialmente si se acompaña de una comorbilidad depresiva como aumento de agresividad, impulsividad, cambios de humor, disminución de la libido, etc; que hacen más frecuente que en esta población no se cuente con una pareja estable, ya sea por separación o porque no han logrado establecer nunca una relación a largo plazo. En el estudio encontramos lo siguiente en cuanto al estado civil: un 30% son solteros, un 28% casados, un 37% acompañados y un 5% separados.

En cuanto a la ocupación el 86% tiene un empleo informal; un 5% un empleo formal y un 9% ninguna ocupación. Esto demuestra que los niveles de subempleo o desocupación en los usuarios de sustancias psicoactivas son altos y esto es en si mismo un factor de riesgo, no solo para el consumo de esas sustancias, sino también para la depresión. Se sabe que, en las clases sociales bajas, la depresión suele ser más grave, aunque la frecuencia de la depresión no varíe en gran medida en las diferentes clases sociales.

La escolaridad determina en gran medida, los niveles de vida de una persona, ya que a mayor educación generalmente es más alto su acceso económico y las oportunidades de poder encontrar y conseguir un empleo formal son mayores, permitiendo que se mejoren las condiciones de vida, no solo el usuario sino también de toda su familia.

La mayoría de las personas inician el consumo de alcohol en la adolescencia y en el país no es la excepción. La edad promedio de inicio es los 14 años, lo que determina muchas veces el abandono temprano a sus estudios académicos con el consiguiente subempleo y mayor probabilidad de perpetuar la pobreza, no solo para él, sino también para las generaciones futuras. En el estudio se encontró, que el 45% tiene una educación primaria; el 34% educación secundaria y un 21% educación superior.

El patrón de consumo es fundamental, cuando hablamos de patología dual o comorbilidad, ya que las diferentes teorías fundamentan el hecho de que existe una predisposición biopsicosocial para iniciar el consumo y perpetuarlo; pero al mismo tiempo, entre más se consume, se producen más cambios neuropsicológicos, que colaboran a que sean más altas las probabilidades de que se presente una comorbilidad. Esto dependerá claramente, de los años de consumo y la cantidad de drogas que se ingieran.

En cuanto al patrón de consumo, los usuarios del estudio muestran lo siguiente: un 40% posee de 5-15 años de consumo; un 40% de 16-25 años y un 20% un periodo mayor de 20.

El 77% de los usuarios consumen solamente alcohol y un 23% consume alcohol y otras sustancias. Se describe que los usuarios que consumen más de una sustancia son los más propensos a presentar trastornos comórbidos, ya que los daños neuropsicológicos producidos por el alcohol se exacerban al consumir dos o más sustancias.

La teoría respalda que puede existir una base neurobiológica que predisponga a ambos trastornos, es decir, en este caso a la depresión y al consumo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas.

También existe el caso, donde la persona primero haya tenido una depresión y utilice la sustancia psicoactiva como una manera de automedicación, para aliviar sus síntomas psiquiátricos. Como vemos, la depresión engloba una enorme cantidad de síntomas, no solo psicológicos y conductuales, sino físicos; afectando también áreas del sueño, libido, motricidad, insomnio, que hace que muchas veces el usuario sienta alivio al consumir estas sustancias psicoactivas.

Otra de las principales explicaciones, es que el consumo repetitivo y reiterado de una sustancia psicoactiva, en este caso el alcohol, que produce cambios a nivel macro y micro a nivel cerebral, haya generado que se desarrolle la depresión en la persona alcohólica.

Es importante recalcar, que el tratamiento en la persona con patología dual, es más complicado, ya que se trata de dos patologías que confluyen al mismo tiempo y que se relacionan directamente una con la otra, ya que al haber mejoría de una, hay mejoría de la otra y viceversa; al no tratar ninguna de las dos, la mejoría es nula o leve, de acá la importancia de un integral y adecuado tratamiento a los usuarios por consumo de sustancias, ya que si dejamos de lado su comorbilidad, las posibilidades de recaída son muy altas y es muy difícil que este llegue a la rehabilitación. Este es uno de los objetivos principales del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones, lograr que la persona se rehabilite del consumo de sustancias, y logre reincorporarse a la sociedad, como una persona autosuficiente para ella y su familia; así también, que se eviten las secuelas asociadas al alcoholismo, no solo en cuanto problemas médicos como: hepatitis, cirrosis, cáncer, infartos y diabetes, sino también, problemas como: violencia intrafamiliar, desempleo, accidentes de tráfico, violencia en todas sus formas y lesiones entre otras, que son causadas por el consumo de alcohol u otras drogas.

El 95% de los usuarios tienen una dependencia alcohólica y un 5% un consumo perjudicial de alcohol. Entre mayor el tiempo de consumo, mayor la posibilidad de presentar trastornos comórbidos como la depresión.

Esto nos muestra que lo más probable es que, en estas personas, haya una condición previa y factores de riesgo, para que se desarrolle la adicción, y es necesario ampliar

el abordaje de los pacientes con problemas de dependencia. Entre los pacientes policonsumidores, el 67% consume tabaco, el 19% consume marihuana y únicamente un 14% consume cocaína.

El tabaco es la droga legal junto al alcohol más utilizada en el mundo, y en nuestro país no es la excepción; la combinación de ambas duplica los riesgos de enfermedades físicas y mentales en los consumidores.

La cocaína por si sola, es una de las sustancias con mayor poder adictivo, y el consumirla junto con el alcohol aumenta la probabilidad de que se presente la depresión, al mismo tiempo que su tratamiento sea más difícil.

La marihuana triplica el riesgo de psicosis y otros trastornos mentales, por lo que su asocio con el alcohol aumenta el riesgo de presentar una comorbilidad.

VII. CONCLUSIONES.

4. Se encontró que casi la mitad de los usuarios alcohólicos del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones presentan comorbilidad depresiva.
5. De los usuarios con comorbilidad depresiva, el mayor porcentaje presentan niveles de depresión leve y/o moderada, y en menor medida depresión grave y muy grave.
6. En cuanto a los factores sociodemográficos, se encontraron bajos niveles de escolaridad en la mayoría de los usuarios; la educación máxima alcanzada por el porcentaje más grande es la primaria, mientras que un mínimo presenta estudios universitarios.
7. El estado civil acompañado es el más frecuente, seguido por el de los casados; la tercera parte la constituyen los solteros o separados, lo que puede atribuirse, tanto al consumo como a la depresión que se asocia a estos.
8. La mayoría de los usuarios trabaja en empleos informales, que dificultan su acceso a mejores prestaciones económicas y facilita el consumo.
9. Los usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de adicciones con problemas de alcohol presentan en casi el cien por ciento una dependencia alcohólica, lo que evidencia la relación con el porcentaje de niveles de depresión encontrados en el estudio, que es alrededor de la mitad.
10. El consumo de los usuarios es de varios años de evolución, en promedio, más de 15 años de consumo, y se sabe que entre más tiempo sea el consumo de alcohol, la probabilidad de desarrollar depresión es mayor, especialmente en los varones, por lo que es importante abordar el consumo de alcohol en fases tempranas.

VIII. RECOMENDACIONES.

8.1. Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- 1- Iniciar la prevención del consumo de alcohol a edades tempranas, ya que se sabe que entre más joven se inicie el consumo, mayor es la probabilidad de desarrollar una dependencia y por ende de generar comorbilidades como la depresión.

- 2- Detección precoz de casos de consumo y abuso de sustancias, para la derivación a unidades de salud especializadas que cuenten con psicólogo, o las unidades de salud mental, según sea la complejidad del caso, para evitar que estas progresen a la dependencia.

- 3- Fortalecer la referencia de los usuarios que consultan en unidades de salud y hospitales de primer nivel, a centros de tratamiento de adicciones para el abordaje integral de la enfermedad, por un equipo especializado que pueda tratar tanto la dependencia como las comorbilidades.

8.2. Al FONDO SOLIDARIO PARA LA SALUD:

- 1- La apertura de más Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones, para poder ampliar la cobertura y brindar el abordaje necesario a los pacientes con alcoholismo que lo soliciten, ya que se requiere una atención especializada para su abordaje.

- 2- Contar en todos los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones con personal especializado, para el tratamiento de la patología dual o comorbilidad (Psiquiatras, psicólogos, etc.).

- 3- La apertura a nivel de país de las comunidades terapéuticas a nivel público, ya que un porcentaje de usuarios necesita derivar a estas, por la gravedad de sus patologías y comorbilidades.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. (Colciencias), M. d. (2013). *Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol*. Bogotá: Colciencias.
2. Abuse, N. I. (Agosto de 2019). *Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales*. Obtenido de Drugfacts: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>.
3. Acosta, D. M., & Martínez, J. C. (2011). *Patología Dual, Abordajes en la Literatura Científica y su Aplicación en las Instituciones que Trabajan en adicciones en el departamento de Quindío*. Armenia, Quindío, Colombia.
4. Ahumada, J., Gamez, M., & Valdez, C. (2017). El Consumo de Alcohol como problema de Salud Pública. *Ra Ximhai*, 13-24.
5. Andrea, L. C. (Marzo de 2019). *Niveles de depresión en hombres y mujeres adictos Internos en un Centro de Rehabilitación en Cuenca*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
6. Berenzon, S., Lara, M.A., Roble, R., & Medina, M.E. (2013). *Depresión estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México*. México DF, México.
7. Bobes, P. B., & Julio, M. M. (2002). *Banco de Instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica 2ª Edición*. Barcelona: Ars Medica.
8. Botello, C. (20 de octubre de 2019). *Elsevier*. Obtenido de *Revista Trastornos Adictivos*: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-resumen-alcohol-neuropsicologia-13049864>.
9. Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J.P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicaciones para el desarrollo y recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 1297-1305.
10. Ca, M. (s.f.). Obtenido de *Revista Online de Adicciones*: <http://es.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524>.
11. Calvo, J.M., & Jaramillo, L.E. (2015). Detección del trastorno Deresivo Mayor en Atención Primaria. Una revisión. *Revista Facultad de Medicina, Bogotá*, 471-482.
12. Campos Arias, A., Barros, J. A., & Ruedas- Jaimes, G. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario CAGE para consumo abusivo de Alcohol: Resultado de tres Análisis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 294-303.
13. Casas, M., & Guardia, J. (2002). Obtenido de *Revista Online de Adicciones*: <http://es.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/524>

14. Chacon, T., & Jessica, M. (2016). Nivel de Ansiedad y depresion en adolescentes varones con el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el centro de adicciones "Hogar Crecer 2011-2015". Cuenca, Ecuador.
15. Consulta de Patologia Dual. Hospital Virgen de la Torre. Madrid, España. (2006). Trastornos Adictivos, 208-210.
16. Daniel, S. (2014). Adicciones y Depresion en la Salud del Hombre. Revista de Medicina Clinica Condes, 79-98.
17. Edmundo, S. (2017). La depresión en las personas que asisten a la Comunidad de Alcoholicos Anonimos de Loja. Loja , Ecuador.
18. Estramiana, J. L., Luque, & Valle, G. (2010). Causales Sociales de la Depresion. Una revisión critica del modelo atributivo de la depresion. *Revista Internacional de Sociologia.*, 334-339.
19. Fabian, G. G. (abril de 2011). *Comorbilidad entre Adicciones a Sustancias y Enfermedades Mentales (Patologia Dual)*. Obtenido de El Portal de Salud: nlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/coexistencia.pdf.
20. Ferreira Gonzalez, L. (26 de junio de 2019). *Screening de Alcoholismo*. Obtenido de megainfo: <https://meiga.info/escalas/cuestionariocage.pdf>
21. Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) y Ministerio de Economia (MINEC) y Direcciòn General de Estadisticas y Censos (DIGESTIC). (octubre de 2014). Encuesta Nacional de Alcohol y Tabaco. San Salvador, El Salvador.
22. Gabriela, P. (2014). Abordaje de las Adicciones desde un Enfoque Sistemico. Montevideo, Uruguay: Universidad de la Republica.
23. González-Forteza, C., Juárez López, C.E., & Montejo León. L.d. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. Redalyc. org, 29-34.
24. JA, R.-B. (2015). *Ficha tecnica del instrumento*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019, de cybersam: <https://bi.cybersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=57>.
25. Josue Diaz, T. U., & Lidice, V. E. (2006). Factores Psicosociales de la Depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
26. Kaplan, B., & Sadock, V. (2009). *Sipnosis de Psiquiatria*. Philadelphia: Lippincott Williams y Willkins.
27. Kaplan, S., & Benjamin, V. (2009). *Sipnosis de Psiquiatria*. Philadelphia: Lippincott Williams y Willkins.
28. Lourdes, N. C. (2006). Causas Sociales que inciden en la depresión. *Tesis para optar al titulo de trabajo social*. Santiago de Chile, Chile.

29. Marin, R., & Szemar, N. (2015). Repesando el Concepto de las Adicciones. Pasos hacia la Patología Dual. *Scielo*, 395-396.
30. Marin, R., Benjet, C., Borjes, G., Hernandez, E., Nanni, R., Ayala, M., . . . Medina, E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones. *Scielo*, 471-472.
31. Medina, A., Moreno, M.J., Lillo, R., & Guija, J. A. (2014). Patología Dual. Aspectos Jurídicos y Psiquiátricos. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
32. Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). *Guías Clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría*. Obtenido de <http://www.salud.gob.sv>
33. Ministerio de Salud y Protección social Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
34. Ochoa, E., Mandoz, A., & Vicente, N. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de la Dependencia al Alcohol. *Scielo*, 27-.
35. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD . (2015).
36. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Madrid: Panamericana.
37. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes versión en español*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
38. Pascual, T. C., & Francisco, M. A. (2002). *Monografía del Alcohol*. Mallorca: Antonio Gual.
39. Perez Plaza, G. F., & Juana, L. M. (2010). Intento Suicida y Comorbilidad Psiquiátrica. *Revista de Información Científica de América Latina, España y Portugal*, 3,4.
40. Pérez, R., J, O., & Manzanares, J. (2003). Neurobiología de la dependencia alcohólica. *Trastornos Adictivos*, 4-12.
41. Pérez-Padilla, E., Cervantes, V.M., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencias. Causa y Tratamiento de la Depresión Mayor. *BIOMED*, 73-98.
42. Purriño, M. (s.f.). *Escala de Hamilton para la Depresión*. Recuperado el 20 de septiembre de 2019, de meiga.info: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
43. Rivas, V., Rodríguez, M., Arias, R., Carrillo, L., Zetina, E., & Rafael, G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos. *Investigación y Ciencia*, 71-77.
44. Rojas Bernal, L.A., & Alonzo Castaño, G. (2017). Neurobiología de la Patología Dual. *Redalyc.Org*, 101-114.

45. Salazar, Y., Broche, Y., & Caballero, A. (2017). Dependencia de Alcohol, Patología Dual y Funcionamiento Neurocognitivo: Una revision Necesaria. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 303-314.
46. Segura-Cardona, C.-A. C.-D., & Alejandra, D. A. (2015). Riesgo de Depresion y Factores Asociados. *Revista de Salud Publica Antioquia Colombia*.
47. Shields, A., & Caruso, J. (2004). A reliability induction and reliability generalization study of CAGE questionnaire. *Educ Psychol Meas*, 254-270.
48. Sociodrogalcol. (2014). Recuperado el 16 de Octubre de 2019, de <http://www.sociodrogalcohol.org/ultimas-noticias/171-revista-adicciones-patolog%C3%ADa-dual-en-trastornos-de-ansiedad-y-farmacolog%C3%ADa.html>.
49. Szerman, N., Basurte, I., Martinez, J., Romero, C., Vega, P., & Casas, M. (2013). Paradigmas en la investigacion en Adicciones. *Top en Patología Dual*, 1-20.
50. VALBUENA, A., LARGO, R., QUINTERO-GUTIERREZ, J., GARCÍA-RESA, E., & CORREAS, J. (2001). Comorbilidad en alcohólicos ingresados. Implicaciones Clinicas Sociosanitarias. *Adicciones. Hospital Ramon y Cajal.*, 13, 297.

X. ANEXOS.

Anexo 1. Escala de Hamilton para la depresión.

Durante el último mes.

1) Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0- Ausente.

1- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.

2- Estas sensaciones las relata espontáneamente.

3- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).

4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2) Sentimiento de culpa:

0- Ausente.

1- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.

3- Siente que la enfermedad actual es un castigo.

4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3) Suicidio:

0- Ausente.

1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.

2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3- Ideas de suicidio o amenazas.

4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio).

4) Insomnio precoz:

0- No tiene dificultad.

1- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, le toma más de media hora el conciliar el sueño.

2- Dificultad para dormir cada noche.

5) Insomnio intermedio:

0- No hay dificultad.

1- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea.

2- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar).

6) Insomnio tardío:

0- No hay dificultad.

1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.

2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7) Trabajo y actividades:

0- No hay dificultad.

1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).

2- Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación).

3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.

4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0- Palabra y pensamiento normales.

1- Ligeramente retraso en el habla.

2- Evidente retraso en el habla.

3- Dificultad para expresarse.

4- Incapacidad para expresarse.

9) Agitación psicomotora:

0- Ninguna.

1- Juega con sus dedos.

2- Juega con sus manos, cabello, etc.

3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.

4- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos.

10) Ansiedad psíquica:

0- No hay dificultad.

1- Tensión subjetiva e irritabilidad.

2- Preocupación por pequeñas cosas.

3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.

4- Expresa sus temores sin que le pregunten.

11) Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitations, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0- Ausente.

1- Ligera.

2- Moderada.

3- Severa.

4- Incapacitante.

12) Síntomas somáticos gastrointestinales:

0- Ninguno.

1- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen.

2- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13) Síntomas somáticos generales:

0- Ninguno.

1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

2- Cualquier síntoma bien definido

14) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0- Ausente.

1- Débil.

2- Grave.

15) Hipocondría:

0- Ausente.

1- Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2- Preocupado por su salud.

3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16) Pérdida de peso:

0- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana.

1- Pérdida de más de 500 gramos en una semana.

2- Pérdida de más de 1 kg. en una semana.

17) Perspicacia:

0- Se da cuenta que está deprimido y enfermo.

1- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2- No se da cuenta que está enfermo.

Anexo 2. Ficha sociodemográfica.



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.



NIVEL DE DEPRESION EN USUARIOS DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES DE SAN VICENTE DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2019.

Fecha _____

Edad _____

Género: M _____ F _____

Lugar de residencia: Urbano _____ Rural _____

Estado civil.

Soltero ___ Casado ___ Acompañado ___ Viudo ___ Separado ___

Ocupación

Estudiante ___ Trabajador ___ Ambos ___ Ninguna ___

Nivel de educación.

Primaria ___ Secundaria ___ Superior ___ Ninguna ___

Anexo 3. Ficha sobre el tipo de Consumo.



TIPO DE CONSUMO.



NIVEL DE DEPRESION EN USUARIOS DEL CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES DE SAN VICENTE DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2019.

Tipo de Consumo de Alcohol.

Tiempo de consumo del alcohol

1-2 años____ 3-4 años ____ mayor a 5 años_____

Colocar número de años que ha consumido _____

¿Consume otra sustancia además de alcohol?

Sí____ No ____

¿Cuál?

Tabaco____ Marihuana ____ Cocaína____ Piedra_____

Otra. Colocar Nombre: _____

Anexo 4. Test Cage.

TEST CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation).

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

FECHA DE APLICACIÓN: _____ SEXO: _____ EDAD: _____.

PREGUNTA.

RESPUESTAS AFIRMATIVAS.

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?

¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber?

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios para librarse de la goma?

Anexo 5. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

Consentimiento informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Dra. Jessamine Yamileth Meléndez Alvarado, de la Universidad de El Salvador. El objetivo de este estudio es: determinar los niveles de depresión en usuarios que asisten al centro de prevención y tratamiento de adicciones de hospital nacional de San Vicente de junio a noviembre de 2019.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, He sido informado (a) de la meta de este estudio. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.